Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Rapport annuel d'activités 2004-2005

Québec

106-00700/

Rapport annuel d'activités 2004-2005

Adopté par le conseil d'administration
le 29 septembre 2005

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montérégie

Auteurs

L'ouvrage qui suit est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de la Montérégie

Secrétariat et mise en pages

Marie-Marthe Courchesne
Nicole J. Lusignan

Conception et réalisation de la page couverture

René Larivière

Responsable de l'édition

Jean-François Lapierre

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Service ressources documentaires – Vente de publications
Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

(450) 928-6777, poste 4213

Cette publication est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss16.gouv.qc.ca

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 3e trimestre
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-315-9

Note

En juin 2005, le *Centre de santé et de services sociaux du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais* changeait d'appellation pour *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher*. Cette dernière a été utilisée dans le présent rapport afin de refléter la réalité au moment de la publication et ainsi faciliter la compréhension du lecteur.

Messages des autorités

Mot du président du conseil d'administration

Au nom des membres du conseil d'administration, je suis fier de présenter le rapport annuel d'activités 2004-2005 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie. Vous trouverez dans ce rapport un mot de chaque directrice et directeur présentant les faits saillants de l'année dans les nombreux champs d'action de l'Agence. On y fait également état de progrès réalisés quant aux objectifs fixés dans le cadre du Plan stratégique 2003-2006 - *Pour une garantie de services* et du Plan d'action régional de santé publique.

Je me dois de souligner combien les forces vives de tous les acteurs de la santé et des services sociaux ont été mobilisées pour la transformation du réseau montérégien. Le conseil d'administration s'est assuré, avec l'équipe de Direction de l'Agence, d'aménager un terrain entre les gouvernes locales et régionale pour faire émerger une compréhension commune des enjeux qui nous interpellent et pour soutenir les centres de santé et de services sociaux dans la mise en œuvre des réseaux locaux de services. Dans ce contexte, l'Agence se devait de revoir et d'adopter une mission, des valeurs ainsi qu'une vision qui traduisent bien notre but assigné à l'amélioration continue de la performance du réseau en Montérégie.

À cet égard, les membres du conseil ont consacré une grande attention aux dossiers touchant, notamment, l'entente de gestion intervenue entre le Ministère et l'Agence, les paramètres financiers au regard du respect des contraintes budgétaires, la reddition de comptes, le portrait du réseau communautaire montérégien et la lutte aux infections nosocomiales dans nos établissements. Je termine en remerciant sincèrement les membres du conseil pour leur engagement remarquable tant envers les nombreux partenaires du réseau qu'envers la population. Je remercie également l'ensemble du personnel de l'Agence et du réseau qui, dans ce contexte de changements, tient le cap, en route vers un système de santé et de services sociaux plus accessible et mieux intégré au profit des Montérégiennes et Montérégiens.

Le président du conseil d'administration,

Michel Benoit

Mot du président-directeur général

Pour l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, l'année 2004-2005 fut fortement marquée par l'évolution du système sociosanitaire de notre région. Amorcée en janvier 2004 par l'émergence d'une nouvelle gouverne régionale, cette évolution s'est poursuivie par la création, six mois plus tard, de onze centres de santé et de services sociaux. Ces centres de santé sont véritablement au cœur de la réforme menant au développement des réseaux locaux puisqu'ils en sont les maîtres d'œuvre.

Dans le cadre de cette nouvelle configuration, l'Agence a su capitaliser sur des projets qui vont toutefois au-delà des changements structuraux. À notre avis, les résultats qui en découlent pavent irrémédiablement le chemin vers une organisation en mode réseau plus performante, résolument engagée à assumer une responsabilité pour la santé et le bien-être de la population.

Parmi les réalisations les plus importantes, mentionnons, entre autres, le raffermissement des alliances entre l'Agence, les gouvernes locales, à savoir les centres de santé et de services sociaux et les établissements ayant une portée régionale pour la coordination stratégique des réseaux locaux; l'établissement de balises régionales pour soutenir l'élaboration du projet clinique montérégien; dans la foulée du Plan d'action régional de santé publique, l'implantation des plans d'action locaux dans chaque territoire de centres de santé et de services sociaux afin de miser encore davantage sur la prévention.

De plus, avec la collaboration de l'équipe de direction, l'Agence a ajusté son fonctionnement organisationnel pour mieux relever les défis de leadership et de gestion commandés par la mise en place des réseaux locaux de services. C'est avec beaucoup de satisfaction que je constate tout le travail accompli au cours de cette année grâce à la contribution précieuse des membres du conseil d'administration, des gestionnaires et du personnel de l'Agence, associée à la collaboration du réseau. À chacune de ces personnes, j'adresse mes remerciements et mon appréciation pour leur appui et leur confiance.

Le président-directeur général,

Luc Boileau

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

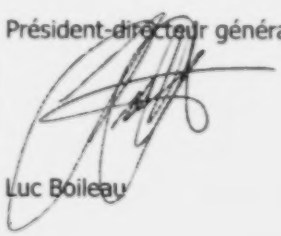
La fiabilité des informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relève de ma responsabilité.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice terminé le 31 mars 2005 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- exposent des données exactes et fiables.

Je déclare donc que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au moment de l'exercice terminé le 31 mars 2005.

Président-directeur général,



Luc Boileau

Table des matières

Messages des autorités **5**

Lexique des abréviations **19**

1. Éléments d'information portant sur l'Agence : rôle et état général de fonctionnement de l'Agence **23**

1.1 Description de la mission, territoire et population 25

1.2 Structure organisationnelle 26

1.3 Effectifs de l'Agence 27

1.4 Effectifs du DRMG 28

1.5 Établissements publics et privés 28

1.6 Centre hospitalier universitaire, instituts de recherche, GMF 29

1.7 Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires 29

1.8 Conseil d'administration 30

1.9 Commission médicale régionale de la Montérégie (CMR) 31

1.10 Commission infirmière régionale (CIR) 32

1.11 Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) 33

2. Activités de l'Agence et des établissements de la région **35**

Priorités, orientations et actions cibles pour 2003-2006 37

Direction de la planification et des affaires publiques 39

Gestes posés et à poser dans la prochaine année, depuis l'adoption de la loi, pour remplir la mission de l'Agence (RLS) 43

Activités particulières 44

Direction de santé publique 49

Priorité 1 Miser sur la prévention 53

Orientation 1.1 Actualiser le Programme national de santé publique en Montérégie et la Loi sur la santé publique 53

Orientation 1.2 Consolider et développer les activités de promotion de la santé et du bien-être et de prévention dans chaque territoire de CLSC 53

Orientation 1.2.1 Enfance 54

Orientation 1.2.2 Jeunesse 56

Orientation 1.2.3 Adultes 57

Orientation 1.2.4 Personnes âgées 58

Orientation 1.3 Consolider et développer l'application de mesures de protection de la santé des Montérégiens 58

Priorité 3 Adapter et rehausser les services aux personnes âgées 59

Orientation 3.1 Assurer l'accès à une gamme adéquate de services adaptés pour les personnes âgées 59

Direction exécutive de la gestion du réseau et générale adjointe 61

Objectifs de gestion et de service (bilan de suivi de gestion) 63

Santé publique 63

Services médicaux généraux 66

Perte d'autonomie liée au vieillissement 70

Déficience physique 73

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement 76

Jeunes en difficulté 80

Dépendances 83

Santé mentale 86

Santé physique 88

Autres 97

Amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle 98

Objectif de retour à l'équilibre budgétaire (établissements publics) 101

Direction de la première ligne et de la réadaptation 103

Activités particulières 107

Priorité 2 Développer une première ligne incontournable 108

Orientation 2.1 Améliorer l'accessibilité et la continuité des services médicaux et de santé physique de première ligne 108

Orientation 2.2 Améliorer l'accessibilité et la continuité des services psychosociaux de première ligne 108

Orientation 2.3 Améliorer l'accessibilité et la continuité des services de première ligne visant des clientèles spécifiques 109

Orientation 2.4 Développer l'accès téléphonique au service Info-Santé CLSC pour les besoins de santé physique et les besoins psychosociaux 109

Orientation 2.5 Soutenir l'action communautaire 110

Priorité 3 Adapter et rehausser les services aux personnes âgées 111

Orientation 3.1 Assurer l'accès à une gamme adéquate de services adaptés pour les personnes âgées 111

Orientation 3.2 Implanter des réseaux de services intégrés (RSI) pour assurer une prestation de soins et de services continue aux personnes âgées 112

Orientation 3.3 Assurer la qualité et l'évolution des pratiques et des interventions ainsi que l'adaptation des milieux de vie des personnes âgées 112

Priorité 4 Garantir l'accessibilité aux services en santé mentale 113

Orientation 4.1 Poursuivre la mise en réseau de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale 113

Orientation 4.2 Assurer l'implantation des réseaux de services intégrés pour la clientèle adulte en santé mentale 113

Orientation 4.3 Poursuivre la mise en réseau de services intégrés en matière de suicide 114

Priorité 5 Garantir l'accès à des services spécialisés au bon moment 114

Orientation 5.1 Assurer l'accessibilité et la continuité des services hospitaliers généraux, spécialisés et surspécialisés 114

Orientation 5.4 Offrir des services rapidement et un soutien approprié aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement 115

Orientation 5.5 Améliorer, sur l'ensemble du territoire, l'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation en déficience physique 116

Orientation 5.6 Assurer l'accessibilité et la continuité d'une gamme de services spécialisés aux jeunes en difficulté sur l'ensemble du territoire de la Montérégie 117

Orientation 5.7 Assurer l'implantation du réseau intégré en toxicomanie et consolider les services spécialisés en jeu pathologique 120

Direction des affaires hospitalières et médicales 121

Activités particulières 125

Priorité 2 Développer une première ligne incontournable 125

Orientation 2.1 Améliorer l'accessibilité et la continuité des services médicaux et de santé physique de première ligne 125

Priorité 5 Garantir l'accès à des services spécialisés au bon moment 126

Orientation 5.2 Optimiser le fonctionnement des services d'urgence 126

Orientation 5.3 Améliorer l'accès aux services hospitaliers en oncologie et en dialyse rénale et réduire les délais d'attente pour certains services spécifiques 127

Orientation 5.3.1 Personnes nécessitant des services de dialyse rénale 128

Orientation 5.3.2 Réduction des délais d'attente pour certains services 128

Mesures essentielles Investir dans les technologies et immobilisations 129
Orientation 3 Soutenir le développement de la télésanté 129
Département régional de médecine générale 131
Priorité 2 Développer une première ligne incontournable 135
Orientation 2.1 Améliorer l'accessibilité et la continuité des services médicaux et de santé physique de première ligne 135
Direction associée des ressources humaines 137
Mesures essentielles Assurer la disponibilité et la qualité des ressources humaines 141
Orientation 1 Assurer un niveau optimal de recrutement, de rétention et d'utilisation des effectifs cadres et salariés 141
Orientation 2 Assurer le développement des compétences du personnel cadre et salarié afin de le soutenir dans la réalisation de la transformation des soins et services, la réorganisation du travail et le renouvellement des pratiques professionnelles et de gestion 141
Orientation 3 Accroître le niveau de présence au travail 147
Orientation 4 Renforcer l'implication et la mobilisation du personnel cadre et salarié 147
Direction associée des finances, des immobilisations et des technologies 149
Mesures essentielles Investir dans les technologies et immobilisations 153
Orientation 1 Assurer un rattrapage et une équité dans le financement des actifs capitalisables 153
Orientation 2 Adapter les immobilisations aux nouvelles façons de faire 154

3. Éléments d'information portant sur les organismes communautaires subventionnés par l'Agence 155

3.1 État de situation sur l'exercice du contrôle de conformité et du respect des règles et des normes 157
3.2 Principaux renseignements ayant trait aux organismes communautaires 157

4. Données financières 159

4.1 Budget net de fonctionnement - Base comparative avec exercice précédent 161
4.2 Surplus ou déficits – Base comparative avec exercice précédent 164
4.3 Autorisations d'emprunt temporaire accordées aux établissements publics 166
4.4 Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) – Organismes communautaires subventionnés 167
Direction des services administratifs 169
Rapport de la Direction 173

Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés 175
États financiers de l'Agence 177

5. Code d'éthique et de déontologie 191

Lexique des abréviations

ADRLSSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie
AMP	Activités médicales particulières
BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
CA	Centre d'accueil
CAFE	Crise-ado-famille-enfance
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistages désignés
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIR	Commission infirmière régionale
CJ	Centre jeunesse
CJM	Centres jeunesse de la Montérégie
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CMR	Commission médicale régionale
CMR	Centre montérégien de réadaptation
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CRAQ	Comité régional d'assurance de la qualité
CRDI	Centre de réadaptation pour déficience intellectuelle
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CSRE	Centre spécialisé en réadaptation externe
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DAFIT	Direction associée aux finances, immobilisations et technologies
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DPAP	Direction de la planification et des affaires publiques
DPLR	Direction de la première ligne et de la réadaptation
DRH	Direction des ressources humaines
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
GMF	Groupe de médecine familiale
GNAGRQ	Groupe national d'aide à la gestion des risques et à la qualité
ICI	(Programme) d'intervention comportementale intensive
IPAC	Initiative de partenariat en action communautaire
ITS	Infection transmissible sexuellement
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LD	Longue durée
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MDJ	Maison de jeunes
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

MENV	Ministère de l'Environnement du Québec
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NR	Non récurrent
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PAAC	Programme d'aide à l'action concertée
PACS	Picture Archiving Communication System
PAL	Plans d'action locaux de santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAMTA	Programme d'administration des médicaments par les techniciens ambulanciers
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PCP	Pratiques cliniques préventives
PIJ	Projet intégration jeunesse
PJ	Protection de la jeunesse
PMO	Planification de la main-d'œuvre
PNF	Plan national de formation
PPI	Professionnel en prévention des infections
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLT	Programme québécois de lutte au tabagisme
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSI	Plan de services individualisé
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTH-PTG	Prothèse totale de la hanche-prothèse totale du genou
RAC	Résidence avec assistance continue
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RASG	Réseaux d'accessibilité aux soins généraux
RH	Ressources humaines
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseaux locaux de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RP	Résidence privée
RSI	Réseaux de services intégrés
RSRY	Réseau santé Richelieu-Yamaska
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SAD	Soutien à domicile
SARM	Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TDAH	Troubles du déficit, de l'attention et de l'hyperactivité
TED	Trouble envahissant du développement
TEDSDI	Trouble envahissant du développement sans déficience intellectuelle
VHC	Virus hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1. Éléments d'information portant sur l'Agence : rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

1.1 Description de la mission, territoire et population

Conformément à l'article 24 du projet de loi 25 créant l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, celle-ci est responsable de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.

La loi lui confie également tous les pouvoirs, fonctions, devoirs et obligations qui étaient auparavant conférés à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. À cet égard, l'Agence doit assurer une gestion efficace et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières qui lui sont dévolues.

Dans ce nouveau contexte législatif, le conseil d'administration adoptait le 24 février 2005 les énoncés suivants :

- **Énoncé de mission :** L'Agence a pour mission d'assurer la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région afin d'en améliorer la performance jusqu'à l'excellence et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population dont elle est responsable.
- **Énoncé de vision :** Devenir le chef de file de la transformation et de l'amélioration du système régional de santé et de services sociaux en misant sur une perspective populationnelle de santé publique, une approche de programme intégré et une organisation en mode réseau en mettant en valeur l'expertise de son personnel, tout en y associant activement des partenaires sectoriels et intersectoriels au bénéfice de la population montérégienne.
- **La charte des valeurs :** Les besoins de la personne et de la population sont au centre des valeurs de l'organisation. Ces valeurs animent l'ensemble du personnel de l'Agence et guident nos décisions :
  - ***au niveau de la gouvernance :*** orientations ministérielles, concertation régionale, émergence d'un leadership local, données probantes;
  - ***au niveau des interrelations :*** respect, éthique, écoute, cohérence, collaboration, reconnaissance, rigueur, transparence;
  - ***au niveau des interventions :*** pertinence, efficience, qualité, équité.

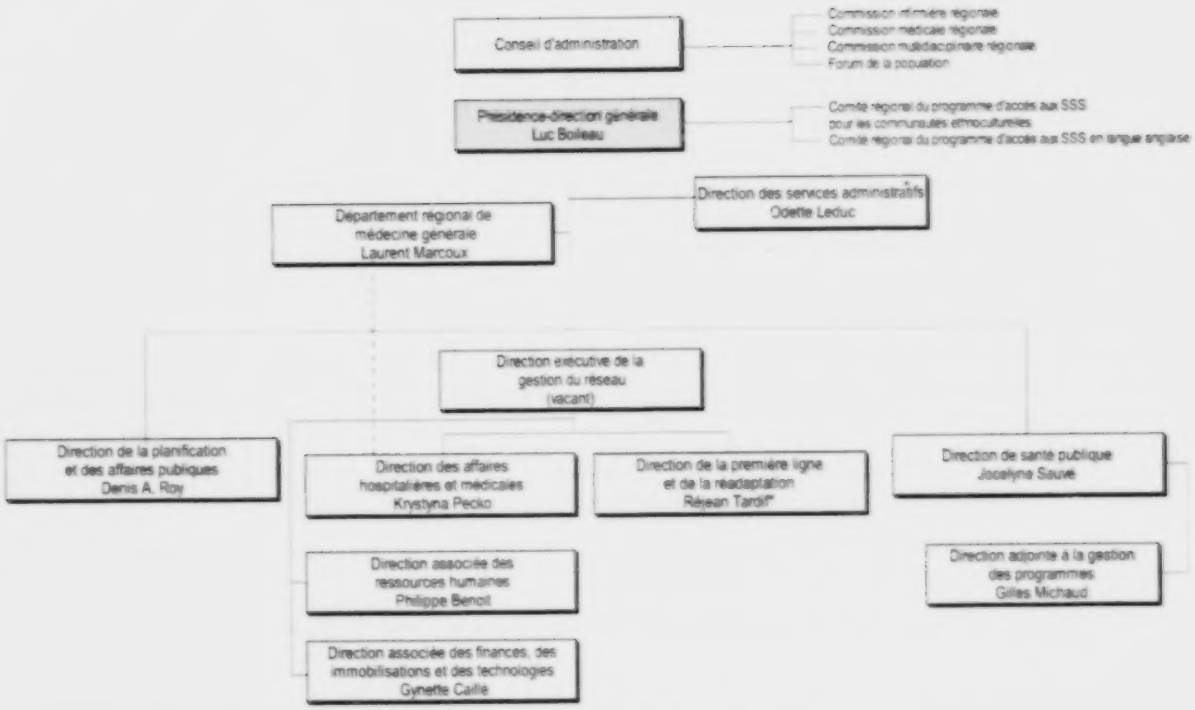
La Montérégie est un territoire de 10 000 km^2 caractérisé par le côtoiement des zones urbaines, semi-rurales et rurales. La région est délimitée par le fleuve Saint-Laurent, l'Outaouais, la frontière américaine et la Vallée du Richelieu. Elle compte aujourd'hui 174 municipalités, 14 MRC et pour la municipalité de Longueuil, un territoire équivalent de MRC ainsi que deux réserves autochtones. En **2005,** 18 % de la population québécoise y résidait, soit un peu plus de **1 356 000** personnes, dont environ 80 000 personnes d'expression anglaise et plus de 15 000 allophones[1].

[1] Selon la langue parlée le plus souvent à la maison.

1.2 Structure organisationnelle

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

au 31 mars 2005



1.3 Effectifs de l'Agence

Effectifs de l'Agence En date du 31 mars 2005	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres :		
▪ Temps complet *(excluant les personnes en stabilité d'emploi)*	41	41
▪ Temps partiel nombre de personnes : équivalents temps complet (a) *(excluant les personnes en stabilité d'emploi)*	0	0
▪ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Les employés réguliers :		
▪ Temps complet *(excluant les personnes en sécurité d'emploi)*	243	276
▪ Temps partiel nombre de personnes : équivalents temps complet (a) *(excluant les personnes en sécurité d'emploi)*	10	10
▪ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	2	1
Les occasionnels :		
▪ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	182 389	183 754
▪ Équivalents temps complet (b)	100	101

1.4 Effectifs du DRMG

Le Département régional de médecine générale est composé de tous les médecins omnipraticiens qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnels.

Les responsabilités du Département régional de médecine générale sont exercées par un comité de direction formé des membres suivants :

Membre du comité de direction	Territoire
Dorice Boudreault	CSSS du Suroît et CSSS du Haut-Saint-Laurent
Michel Brodeur	CSSS Richelieu-Yamaska
Michel Camirand	CSSS La Pommeraie
Jérôme Caron	CSSS Vaudreuil-Soulanges
Jean Désormeau	CSSS du Haut-Richelieu/Rouville
Louis Fontaine	CSSS de Sorel-Tracy
Claude Guimond	CSSS Jardins-Roussillon
Laurent Marcoux, chef du DRMG	
Réjean Ménard	CSSS de la Haute-Yamaska
Pierre Michel	CSSS Champlain
Louise Quesnel	CSSS Champlain
Claude Rivard	CSSS Pierre-Boucher

Le président-directeur général de l'Agence est membre d'office.

1.5 Établissements publics et privés

En Montérégie, le réseau de la santé et des services sociaux compte 38 établissements publics et privés répartis comme suit :

- 11 CSSS
- 21 CHSLD privés (12 privés conventionnés, 9 privés non conventionnés)
- 5 centres de réadaptation publics et 2 privés
- 1 établissement à vocation jeunesse : Centre jeunesse de la Montérégie

1.6 Centre hospitalier universitaire, instituts de recherche, GMF

La région compte un centre d'enseignement universitaire, l'Hôpital Charles LeMoyne, affilié à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Vingt GMF étaient accrédités au 31 mars 2005. Quatre étaient en attente d'accréditation et un était en préparation.

1.7 Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires

La subvention totalisant 32 637 027 $ a été attribuée à 367 organismes communautaires de la façon suivante :

- 4 403 742 $ à 88 organismes de maintien à domicile
- 28 233 285 $ à 329 organismes communautaires de promotion et de services à la communauté

Note : Un organisme communautaire peut être subventionné aux deux titres.

1.8 Conseil d'administration

Le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie a tenu sept séances publiques entre le 1er avril 2004 et le 31 mars 2005. Ses membres ont été nommés par le gouvernement le 30 janvier 2004.

Nomination	Lieu de résidence
Jocelyne Barabé-Gauvin	Varennes
Michel Benoit	Granby
Jasmin Bibeau	Yamaska
Philippe Bonneau	Châteauguay
Marie-Claire Daigneault	Salaberry-de-Valleyfield
Didier Fay	Granby
Sylvie Gladu	Longueuil (Boucherville)
Micheline Gosselin	Mont Saint-Hilaire
Paulin Hovington	Longueuil (Saint-Lambert)
Paule Langelier	Léry
Jean Lemonde	Saint-Hyacinthe
Nicole Mongeon	Saint-Jean-sur-Richelieu
Lucie R. Pépin	Sorel-Tracy
Richard Rioux	Longueuil (Saint-Hubert)
Marion Standish	Rougemont
Luc Boileau	Longueuil

Les dirigeants du conseil d'administration pour la majeure partie de la période couverte dans ce rapport étaient Michel Benoit, président, Paule Langelier, vice-présidente et Philippe Bonneau, secrétaire. Le 23 mars 2005, le conseil a reconduit Michel Benoit et Philippe Bonneau respectivement à la présidence et au secrétariat. Nicole Mongeon a été élue vice-présidente.

1.9 Commission médicale régionale de la Montérégie (CMR)

Liste des membres de la CMR au 31 mars 2005	
Dr Didier Fay	Omnipraticien élu, Granby
Dre Linda Cohen	Spécialiste élue, Longueuil
Dre Louise Passerini	Spécialiste élue, Longueuil
Dr André La Haye	Spécialiste élu, Longueuil
Dre Caroline Godbout	Omnipraticienne nommée, Saint-Hyacinthe
Dr Louis Couture	Observateur, représentant de la table des DSP de la Montérégie
Dr Jacques-Philippe Faucher	Représentant du doyen de la Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
Dre Jocelyne Sauvé	Directrice de santé publique
Dre Krystyna Pecko	Désignée par le président-directeur général

Le 9 avril 2004, les membres de la Commission médicale régionale ont été convoqués à une rencontre dans le cadre du plan de mobilisation de l'Agence sur les projets cliniques. Aucun avis n'a été produit.

1.10 Commission infirmière régionale (CIR)

Liste des membres de la CIR au 31 mars 2005	
Comités exécutifs des conseils des infirmières et des infirmiers	
Marie Rhainds	CLSC Saint-Hubert
Poste vacant	
Poste vacant	
Poste vacant	
Gestionnaires des soins infirmiers	
Ginette Brunelle	CSSS Haut-Richelieu/Rouville
Louise Roussel	CSSS Richelieu-Yamaska
Comité infirmier auxiliaire	
Angèle Messier	CSSS de la Haute-Yamaska
Éducation	
Jocelyne Barabé	Présidente, Collège Édouard-Montpetit
Cooptée – Praticienne en soins infirmiers	
Sylvie Desjardins	Hôpital Charles Le Moyne
Membres observateurs	
Guylaine Alie	CSSS Jardins-Roussillon
Claudette Giguère	CSSS du Suroît
Lynda Heppell	CSSS Sorel-Tracy
Micheline Ulrich	Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec
Président-directeur général de l'Agence	
Luc Boileau	

En cours d'année, trois membres ont quitté la Commission infirmière régionale : Suzanne Charneau (CSSS Haut-Richelieu/Rouville), Céline Leblanc (CSSS Pierre-Boucher) et Liza O'Doherty (CSSS Pierre-Boucher). Ces postes n'ont pas été remplacés. Sous la présidence de Jocelyne Barabé-Gauvin, la commission s'est réunie à sept reprises.

Les avis de la CIR ont porté sur le Plan d'action 2004-2007 du programme de lutte contre le cancer et sur l'organisation de services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle nécessitant des services d'hébergement et de soins de longue durée. De plus, la commission a fait connaître sa position sur la gouverne des soins infirmiers dans le contexte de la mise en place des centres de santé et de services sociaux.

1.11 Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)

Liste des membres de la CMUR au 31 mars 2005	
Comités exécutifs des conseils multidisciplinaires – domaine social	
Hélène Dumais	Vice-présidente, CSSS Pierre-Boucher
Raynald Cormier	CSSS Pierre-Boucher
Comités exécutifs des conseils multidisciplinaires – domaine réadaptation et santé	
Nadine Bergeron	Présidente, Hôpital Charles LeMoyne
Rita Sénécal	Institut Nazareth et Louis-Braille
Comités exécutifs des conseils multidisciplinaires – domaine technique	
Huguette Pelletier	CSSS Haut-Richelieu/Rouville
Benoit Lord	Centre Jeunesse de la Montérégie
Poste vacant	
Gestionnaires	
Richard Deschamps	CSSS Champlain
Sylvie Gladu	Centre Butters-Savoy & Horizon
Éducation	
Poste vacant	
Membres observateurs	
Caroline Blais	Centre montérégien de réadaptation
Claire Soucy	CSSS Jardins-Roussillon
Odette Ménard	CSSS Sorel-Tracy
Poste vacant	
Président-directeur général de l'Agence	
Luc Boileau	

Trois démissions ont eu cours à la Commission multidisciplinaire régionale, soit celles d'Isabelle Girouard (CSSS Pierre-Boucher), de Danièle Gagnon (Centre Jeunesse de la Montérégie) et de Ronald Durand (Collège de Valleyfield). Ces postes n'ont pas été remplacés.

Nadine Bergeron et Hélène Dumais ont assumé respectivement la présidence et la vice-présidence de la CMUR. Cette commission a tenu trois réunions afin de se prononcer sur le programme de lutte contre le cancer ainsi que sur l'organisation de services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle nécessitant des services d'hébergement et de soins de longue durée.

2. Activités de l'Agence et des établissements de la région

Priorités, orientations et actions cibles pour 2003-2006

Priorité 1 : Miser sur la prévention

- **Orientation 1.1**
  Actualiser le Programme national de santé publique en Montérégie et la Loi sur la santé publique.
- **Orientation 1.2**
  Consolider et développer les activités de promotion de la santé et du bien-être et de prévention dans chaque territoire de CLSC.
- **Orientation 1.3**
  Consolider et développer l'application de mesures de protection de la santé des Montérégiens.

Priorité 2 : Développer une première ligne incontournable

- **Orientation 2.1**
  Améliorer l'accessibilité et la continuité des services médicaux et de santé physique de première ligne.
- **Orientation 2.2**
  Améliorer l'accessibilité et la continuité des services psychosociaux de première ligne.
- **Orientation 2.3**
  Améliorer l'accessibilité et la continuité des services de première ligne visant des clientèles spécifiques.
- **Orientation 2.4**
  Développer l'accès téléphonique au service Info-Santé CLSC pour les besoins de santé physique et les besoins psychosociaux.
- **Orientation 2.5**
  Soutenir l'action communautaire.

Priorité 3 : Adapter et rehausser les services aux personnes âgées

- **Orientation 3.1**
  Assurer l'accès à une gamme adéquate de services adaptés pour les personnes âgées.
- **Orientation 3.2**
  Implanter des réseaux de services intégrés (RSI) pour assurer une prestation de soins et de services continue aux personnes âgées.
- **Orientation 3.3**
  Assurer la qualité et l'évolution des pratiques et des interventions ainsi que l'adaptation des milieux de vie des personnes âgées.

Priorité 4 : Garantir l'accessibilité aux services en santé mentale

- **Orientation 4.1**
  Poursuivre la mise en réseau de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale.
- **Orientation 4.2**
  Assurer l'implantation des réseaux de services intégrés pour la clientèle adulte en santé mentale.
- **Orientation 4.3**
  Poursuivre la mise en réseau de services intégrés en matière de suicide.

Priorités, orientations et actions cibles pour 2003-2006

Priorité 5 : Garantir l'accès à des services spécialisés au bon moment

A. Garantir l'accès à des services hospitaliers

- **Orientation 5.1**
  Assurer l'accessibilité et la continuité des services hospitaliers généraux, spécialisés et surspécialisés.
- **Orientation 5.2**
  Optimiser le fonctionnement des services d'urgence.
- **Orientation 5.3**
  Améliorer l'accès aux services hospitaliers en oncologie et en dialyse rénale et réduire les délais d'attente pour certains services spécifiques.

B. Garantir l'accès à des services spécialisés de réadaptation

- **Orientation 5.4**
  Offrir des services rapidement et un soutien approprié aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement.
- **Orientation 5.5**
  Améliorer, sur l'ensemble du territoire, l'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation en déficience physique.
- **Orientation 5.6**
  Assurer l'accessibilité et la continuité d'une gamme de services spécialisés aux jeunes en difficulté sur l'ensemble du territoire de la Montérégie.
- **Orientation 5.7**
  Assurer l'implantation du réseau intégré en toxicomanie et consolider les services spécialisés en jeu pathologique.

Direction de la planification
et des affaires publiques

Mot du directeur de la planification et des affaires publiques

Notre direction regroupe les fonctions relatives au bon fonctionnement du conseil d'administration, à la planification, à la gestion de la documentation, aux communications externes de même qu'à l'évaluation et la recherche. Au cours de la dernière année, l'ensemble de nos secteurs d'activité a été largement mobilisé par les travaux entourant la mise en place des réseaux locaux de services dans la région.

Notre direction a coordonné la réflexion stratégique entourant l'élaboration du projet clinique dans notre région. Cette réflexion a conduit à l'élaboration des balises régionales sur les continuums d'intervention, dans l'optique de soutenir la conversion pratique des trois grandes orientations qui animent le projet clinique en Montérégie, soit l'adoption d'une perspective populationelle, d'une approche programme et d'une organisation en mode réseau. Elle a aussi mené à la mise en place d'un groupe régional d'échanges réunissant les responsables de l'élaboration du projet clinique dans la région. Nous avons également élaboré et assuré la réalisation d'un plan de mobilisation qui a amené l'ensemble des CSSS à s'engager dans le processus de changement en collaboration avec leurs partenaires des réseaux locaux de services.

Dans le cadre de ses autres mandats, l'équipe de la DPAP a continué d'être présente en soutien à l'exercice des fonctions de l'Agence, notamment dans l'actualisation de ses mandats d'organisation des services, de santé publique, de formation, de concertation, d'allocation des ressources et d'évaluation. De plus, nous avons participé activement aux travaux de réorganisation de l'Agence, et notamment au raffermissement de nos liens avec les organismes de recherche, qui ont abouti à l'adoption d'une nouvelle mission résolument orientée vers l'exercice d'une gouvernance régionale centrée sur l'amélioration continue de la performance du réseau montérégien.

Le directeur de la planification et des affaires publiques,

Denis A. Roy

Gestes posés et à poser dans la prochaine année, depuis l'adoption de la loi, pour remplir la mission de l'Agence (RLS)

Mise en place des réseaux locaux de services

Dans la foulée des travaux réalisés en soutien à la désignation des CSSS et des assises territoriales des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, l'Agence a entrepris une démarche d'élaboration de balises régionales sur le projet clinique. Le défi consistait à proposer au réseau un cadre régional de développement des projets cliniques qui soit en harmonie avec les trois ancrages fondamentaux mis de l'avant lors du 1er colloque montérégien sur les RLS tenu en juin 2004, à savoir : l'exercice d'une responsabilité populationnelle, l'approche par programme et l'organisation en mode réseau.

La démarche d'élaboration des balises régionales sur le projet clinique a mobilisé plus d'une cinquantaine de personnes au sein de l'Agence, provenant de secteurs d'activité différents. La coordination générale du projet, menée en mode matriciel, a été au cœur de l'agenda du secteur de la planification au cours de la période 2004-2005.

Cette démarche de mobilisation a été réalisée autour de quinze continuums d'intervention et a permis d'atteindre les objectifs suivants :

- Rassembler l'information et les connaissances à jour sur les besoins de la population, les services disponibles ainsi que sur les meilleures pratiques sur lesquelles la prise de décision pourra s'appuyer. Ces contenus ont fait l'objet d'une validation auprès d'une centaine d'experts clinico-administratifs lors du deuxième colloque montérégien sur les RLS tenu en novembre 2004.
- Mesurer, à l'échelle populationnelle, l'impact relatif des pistes d'action proposées pour chaque continuum d'intervention.
- Élaborer des outils d'aide à la décision à l'intérieur d'un cadre d'évaluation de la performance.

Les résultats de ces travaux seront communiqués au réseau lors du 3e colloque montérégien sur les RLS le 10 juin 2005. De plus, l'ensemble du matériel produit sera diffusé en mode web, constituant ainsi une base de connaissances dynamique à faire évoluer collectivement aux bénéfices de tous les artisans du réseau montérégien de la santé et de services sociaux. À cet égard, la DPAP poursuit ses efforts pour développer des activités de veille informationnelle et de partage des connaissances.

L'exercice sur les continuums a également permis d'identifier la nature et la qualité des renseignements disponibles et d'estimer globalement leur capacité à mesurer l'impact des actions sur la santé et le bien-être et à soutenir efficacement la prise de décision. Les observations réalisées nous permettront de réaligner progressivement nos ressources informationnelles en lien avec les exigences du cadre d'appréciation de la performance du réseau adopté récemment dans la région. La gestion efficace de l'information et des connaissances à des fins d'amélioration continue de la performance se positionne maintenant comme le mandat central de la direction.

Activités particulières

Le principal mandat du secteur des affaires publiques est de soutenir l'ensemble des directions au plan des communications et d'assister le conseil d'administration dans ses activités.

Les professionnels du secteur ont participé à plus de 60 projets au cours de la dernière année. Ils ont, entre autres, contribué à la stratégie de diffusion de la campagne régionale « La mise gagnante » touchant au jeu pathologique ainsi qu'à la stratégie de sensibilisation de différents publics cibles qui accompagnera le lancement du Rapport annuel de la directrice de santé publique sur l'obésité en début d'année 2005-2006.

Par ailleurs, plus de soixante demandes médias locales, régionales et nationales ont été traitées. L'équipe a participé activement aux gestions de crise avec les différents porte-parole de l'Agence, par exemple au sujet du financement d'organismes communautaires ou de la présence du C. Difficile dans les centres hospitaliers.

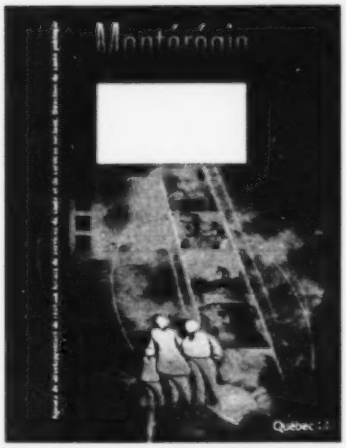
Finalement, l'équipe a collaboré à l'organisation de nombreuses activités – particulièrement en soutien au développement des réseaux locaux de services –, développé des outils de promotion et joué les rôles de rédacteur en chef des bulletins d'information, de webmestre et d'éditeur des publications de l'Agence.

Soutien à l'organisation d'événements s'étant tenus en 2004-2005	
10 juin 2004	Premier colloque montérégien sur les réseaux locaux de services : « Assumer ensemble notre responsabilité populationnelle » *Un vox pop sur la journée a été réalisé pour La Presse de l'Agence*
28 octobre 2004	Les stages dans le domaine des soins infirmiers : une priorité pour deux réseaux!
1er novembre 2004	La prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (conseil d'administration)

25 novembre 2004	2e colloque montérégien sur les réseaux locaux de services : chantiers régionaux sur les continuums d'intervention *Réal Jacob et Denis A. Roy étaient tout sourire à la suite du succès de la journée*
8 février 2005	Assemblée générale du DRMG : La réforme... comment s'y retrouver?
10 mars 2005	Lancement de la section de la Direction de santé publique du site Internet de l'Agence www.rrsss16.gouv.qc.ca/santepublique

Liste des publications de l'Agence parues en 2004-2005

L'Agence adoptait en 2004-2005 de nouvelles couleurs pour l'ensemble de ses publications : bourgogne pour l'ensemble de l'Agence et bleue pour la Direction de santé publique.



Monographies

Analyse des avis de santé publique présentés dans le cadre des audiences publiques sur l'environnement (BAPE) portant sur les lieux d'élimination de déchets : rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour le Comité MSSS-MENV.

Bien naître : guide aux futurs parents

Cadre de référence : organisation de services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle nécessitant des services d'hébergement et de soins de longue durée

Cadre de référence auprès des résidences privées accueillant une clientèle âgée ou vulnérable

Évaluation de l'implantation d'un projet d'éducation à la sexualité en regard des rôles et stéréotypes sexuels dans deux écoles primaires situées en Montérégie

Évaluation de l'implantation des comités locaux de concertation pour l'allaitement maternel en Montérégie

Évaluation de l'implantation du programme « À toute jeunesse » : rapport final

Évaluation du programme de prévention « J'm'en sors, c'est mon sort! » pour les enfants exposés à la violence conjugale

Guide d'élaboration d'un programme de protection respiratoire

Initiative de partenariats en action communautaire : évaluation de la Phase 1 : IPAC

L'intervention « Les médicaments : oui... non... mais! » : une mesure contribuant à l'utilisation optimale des médicaments par les personnes âgées et favorisant l'adoption et le maintien d'un comportement responsable à l'égard de leur santé

Le groupe d'entraide Finico : un premier bilan, mai 2003 à octobre 2004

Ménage de la pharmacie : évaluation de l'implantation et des résultats du projet pilote d'intervention au CLSC Saint-Hubert

Modèle d'organisation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : proposition relative au découpage territorial et à la composition des instances locales

Plan d'action régional sur le jeu pathologique, 2002-2005

Pour une garantie de services [ensemble multi-supports]

Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population : document de discussion

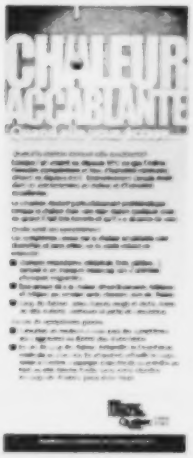
Projet régional de soutien aux aidants naturels : profil des aidants et des personnes aidées et profil des interventions et activités réalisées par les organismes communautaires en Montérégie

Rapport annuel d'activités 2003-2004

Rapport d'évaluation de l'examen de relance prévu au protocole médical bruit

Welcome to the world : guide for future parents

Bulletins
Faits saillants : Projet régional de soutien aux aidants naturels
L'Express de l'Agence, 11 numéros
La Presse Agence, 3 numéros
La Presse DRMG, 2 numéros
La Presse Santé publique, 2 numéros



Dépliants, feuillets et affiche
Chaleur accablante
Cliniques Santé Voyage
Clostridium Difficile
ERV
Monoxyde de carbone
Prophylaxie antitétanique dans le traitement des plaies
SARM
Smog

Site Web
Refonte du site avec les nouvelles couleurs de l'Agence
Nouvelle section de la Direction de santé publique
Nouvelle section du Département régional de médecine générale

Direction de santé publique

Mot de la directrice de santé publique

L'année 2004-2005 marquait la première année d'implantation du Plan d'action régional de santé publique (PAR) et des plans d'action locaux de santé publique (PAL) en même temps que s'amorçait une transformation sans précédent du réseau de la santé et des services sociaux. C'est dans ce contexte que se sont réalisées plusieurs actions afin d'accorder la priorité à l'atteinte des objectifs fixés dans le PAR et les PAL.

Ainsi, une allocation récurrente d'un peu plus de 2,7 millions de dollars a été octroyée et entièrement répartie entre chacun des territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montérégie. Celle-ci, en lien avec les orientations ministérielles, était destinée à l'attribution de ressources en promotion de saines habitudes de vie afin de prévenir les maladies chroniques et au rehaussement d'activités des CLSC en fonction de leur PAL.

De plus, une analyse complète des PAL a été réalisée afin de présenter une rétroaction aux CSSS, de permettre à la Direction de santé publique (DSP) de composer avec les engagements des CSSS et finalement d'identifier le niveau d'atteinte potentiel des objectifs du PAR.

Clostridium difficile (C. difficile)
Par ailleurs, la présence accrue du C. Difficile a nécessité l'injection d'un soutien financier pour améliorer les mesures de prévention dans les environnements de soins et a imposé la préparation d'un plan d'action régional et de recommandations aux milieux hospitaliers qui, de leur côté, ont développé leurs propres plans d'action. Il va sans dire que le C. difficile et l'ensemble des infections nosocomiales prescriront une attention continue de la part de la DSP au cours des prochaines années.

Premier rapport annuel de la directrice de santé publique sur l'état de santé et de bien-être de la population de la Montérégie : Ensemble pour faire contrepoids
L'objectif de cet ouvrage est de se sensibiliser face à l'ampleur que prend le phénomène de l'obésité, mais surtout de mobiliser les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie et les acteurs des différents milieux tels que les écoles, les municipalités, les milieux de travail, les milieux de garde et les communautés.

Plus de 200 personnes ont participé au lancement de ce rapport lors de la Journée montérégienne de santé publique le 6 mai 2005. Cette rencontre fut un franc succès. Vous pouvez également le consulter sur le site web de l'Agence.

Continuums d'intervention
Enfin, l'exercice d'élaboration des continuums d'intervention s'est avéré essentiel afin d'assurer le positionnement des activités de santé publique prévues au PAR dans l'ensemble des continuums proposés.

Ce fut donc une année qui, je l'espère, nous aura permis d'œuvrer avec nos partenaires pour faire un pas de plus afin d'obtenir les résultats anticipés dans le Plan d'action régional de santé publique et, de ce fait, contribuer à l'amélioration de la santé de la population montérégienne.

La directrice de santé publique,

Jocelyne Sauvé

Priorité 1 — Miser sur la prévention

Orientation 1.1 — Actualiser le Programme national de santé publique en Montérégie et la Loi sur la santé publique

Plan de surveillance

Pour l'année 2004-2005, le secteur Évaluation/Recherche de la DSP devait élaborer un plan de surveillance. Ce travail a permis de réaliser un état de situation quant aux particularités de la Montérégie et de préciser les orientations privilégiées ainsi que le choix des objets de surveillance. De plus, des projets ont été définis et des travaux sont en cours de réalisation dans le cadre de ce plan.

Dans le contexte de la réorganisation interne de l'Agence, certains aspects fonctionnels et organisationnels restent à être intégrés au Plan régional de surveillance afin de rendre optimal l'exercice de cette fonction essentielle de santé publique.

Orientation 1.2 — Consolider et développer les activités de promotion de la santé et du bien-être et de prévention dans chaque territoire de CLSC

Soutenir les campagnes provinciales

« Je suis Phil »

Cette campagne vise principalement à promouvoir le dépistage régulier de la syphilis. Elle a aussi pour objectif d'augmenter le niveau de sensibilisation des hommes gais et bisexuels face à cette infection transmissible sexuellement (ITS), de les informer sur les modes de transmission, les signes et symptômes, les traitements, les complications, les lieux de dépistage (ressources) et de promouvoir l'adoption de comportements sécuritaires.

Plus de 3 500 dépliants informatifs et 200 affiches ont été distribués auprès des partenaires de la région pour la promotion de cette campagne.

Pratiques cliniques préventives (PCP)

Dans le but de compléter, à l'automne 2005, une offre de service visant la promotion de pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des professionnels concernés, le groupe d'expertise PCP a, en 2004-2005, terminé l'analyse d'une trentaine de PCP. Il a retenu pour son offre de service neuf PCP répondant le mieux aux critères d'efficacité et de faisabilité.

Orientation 1.2.1 Enfance

Poursuivre le soutien à l'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les 19 CLSC et les 9 centres hospitaliers

- La collecte des données de l'étude sur le niveau d'implantation de l'*Initiative des amis des bébés* dans les CLSC a été partiellement réalisée et le rapport des résultats du suivi des taux d'allaitement dans les centres hospitaliers a été diffusé pour l'année en cours. De plus, plusieurs formations et rencontres avec les partenaires aux niveaux régional et local ont été organisées en 2004-2005.

Formation	Présences
Formation de 18 heures (niveaux 2 et 3)	252
Mise à jour de la formation de 18 heures	94
Atelier sur l'utilisation de la trousse de formation de base sur l'allaitement (niveau 1)	13
	Rencontres
Rencontres régionales (comité régional, rencontres de réseautage avec les groupes d'entraide à l'allaitement, les CLSC et les centres hospitaliers)	12

Suivi des taux d'allaitement dans les centres hospitaliers de la Montérégie 2004-2005			
Établissements	**Total des naissances**	**Initiation de l'allaitement maternel à l'hôpital***	**Taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital****
Hôpital Charles LeMoyne	1 776	78,3 %	44,9 %
Hôpital du Haut-Richelieu	1 094	81,9 %	53,8 %
Hôtel-Dieu de Sorel	351	72,4 %	52,7 %
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	1 038	78,3 %	59,2 %
CH Anna-Laberge	1 548	82,4 %	73,3 %
CH de Granby	782	87,9 %	65,7 %
CH Régional du Suroît	828	76,7 %	36,7 %
CH Pierre-Boucher	2 572	84,4 %	65,6 %
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	696	92,5 %	82,9 %
Montérégie 2004-2005	**10 685**	**82,0 %**	**59,9 %**
Montérégie 2003-2004	10 339	79,4 %	55,1 %
Différence	**346**	**2,6 %**	**4,8 %**

* Allaitement total à l'hôpital : le pourcentage de bébés qui ont reçu du lait maternel au moins une fois pendant le séjour à l'hôpital.

** Allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital : le pourcentage de bébés qui ont reçu exclusivement du lait maternel, à l'exception de vitamines, minéraux ou médicaments, à la sortie de l'hôpital, et ce, depuis la naissance.

Appliquer le Programme d'immunisation du Québec afin de rejoindre 80 % des enfants de 6-23 mois et leurs contacts domiciliaires pour la vaccination contre l'influenza

Couverture vaccinale influenza 6-23 mois 2004-2005
37 %

Ce résultat s'explique par l'implantation tardive de ce programme en cours d'année (novembre 2004). De plus, il a été déployé sans promotion auprès du grand public. Pour ce qui est des contacts domiciliaires, il n'y a pas de dénominateur disponible pour évaluer la couverture vaccinale.

Orientation 1.2.2 Jeunesse

École en santé

Pour promouvoir la réussite, la santé et le bien-être des jeunes en milieu scolaire, la Direction de santé publique proposait pour l'année 2004-2005. d'intervenir de façon globale et concertée en prévention-promotion en déployant l'approche « École en santé ».

En collaboration avec la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, diverses actions ont été réalisées pour favoriser l'implantation de cette approche, notamment la mise en place d'un comité régional d'orientation, des séances d'information aux gestionnaires des deux réseaux, l'organisation de quatre ateliers d'appropriation de deux jours pour les personnes-ressources des CSSS et des commissions scolaires (120 participants) suivis par cinq ateliers de soutien pédagogique pour les équipes des écoles intéressées à mettre en œuvre l'approche (20 écoles). Une équipe de six professionnels de la santé publique accompagne les CSSS dans cette démarche.

Pour les divers partenaires concernés par la réussite, la santé et le bien-être des jeunes, plusieurs documents pertinents à la planification conjointe des actions de prévention et de promotion selon l'approche « École en santé » se trouvent sur le site web de l'Agence au www.rrsss16.gouv.qc.ca sous l'onglet santé publique, section Enfance-Jeunesse.

Programme de prévention du tabagisme au secondaire

En prévention du tabagisme, la Direction de santé publique a fait la promotion du programme « Gang allumée » qui vise à inciter les jeunes de 11 à 18 ans à concevoir des projets qui font la promotion d'une vie sans fumée de tabac. Il procure également des outils aux adultes pour promouvoir le programme auprès des jeunes et les soutenir dans la conception et la réalisation de **leurs** activités.

En 2004-2005, 66 milieux de jeunes ont participé à « Gang Allumée ». Dans ce bilan, on retrouve 46 écoles secondaires publiques ou privées et 20 maisons de jeunes (MDJ). Par ailleurs, au moins 2 écoles ont mis en place un « Commando Oxygène » qui constitue un nouveau volet de « Gang Allumée » cette année.

La « Gang Allumée » d'une école ou MDJ devient souvent le fer de lance de la lutte contre le tabagisme de son milieu car ses objectifs et son mode de fonctionnement correspondent à un type d'intervention efficace auprès des jeunes. Ce programme constitue un élément important à l'intérieur d'une stratégie d'intervention multistratégique.

Immunisation

L'objectif était de rejoindre 90 % des élèves de 4e année pour la vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire; 80 % des élèves de 3e secondaire pour la vaccination de base, 80 % des jeunes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le protocole d'immunisation du Québec pour la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque ainsi que 90 % contre les hépatites A et B.

Couverture vaccinale hépatite B, 4e année	
2003-2004	**2004-2005**
92,7 %	92,0 %

Couverture vaccinale 3e secondaire		
	2003-2004	**2004-2005**
Diphtérie-tétanos	70,7 %	69,2 %
Coqueluche	61,8 %	69,0 %
Poliomyélite	68,2 %	63,7 %
Rougeole	66,0 %	65,4 %
Rubéole	67,4 %	66,8 %
Oreillons	67,4 %	66,9 %
Hépatite B	65,6 %	64,7 %
Méningocoques	65,5 %	67,3 %

La difficulté à faire l'évaluation des taux de couverture vaccinale devrait être facilitée par l'implantation éventuelle d'un système provincial d'information vaccinale.

Orientation 1.2.3 Adultes

Cadre de référence en prévention des maladies chroniques

Selon un des résultats attendus tels que spécifiés dans son mandat pour l'année 2004-2005, l'équipe « Maladies chroniques/Habitudes de vie » devait produire une version régionale du programme « 0-5-30 Combinaison/Prévention ». Un cadre de référence intitulé « Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : Programme 0-5-30 Combinaison/Prévention » sera déposé par la Direction de santé publique en avril 2005.

Consolidation de l'assurance de la qualité au PQDCS

Les services et activités du PQDCS Montérégie étant déployés, il est important d'en assurer la qualité. Dans cet esprit, le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) a commencé, en 2004, à faire des rétroactions sur la qualité de leurs services aux centres de dépistage désignés (CDD) et aux centres de référence pour investigation désignés (CRID). Par ailleurs, notre comité d'assurance de la qualité (CRAQ), créé en 2001, a arrimé ses travaux aux travaux provinciaux d'assurance de la qualité mis en place en 2004.

Immunisation

L'objectif était de rejoindre 80 % des adultes appartenant aux groupes vulnérables reconnus pour la vaccination contre l'hépatite A, l'hépatite B, les infections à pneumocoques et l'influenza.

La difficulté à faire l'évaluation des taux de couverture vaccinale devrait être facilitée par l'implantation éventuelle d'un système provincial d'information vaccinale.

Orientation 1.2.4 Personnes âgées

Bon usage des médicaments pour les aînés autonomes

La Direction de santé publique a maintenu son soutien administratif et professionnel au projet régional d'éducation sanitaire « Les médicaments : Oui... Non ... Mais! », aussi connu sous le nom de « En santé après 50 ans ». Un mémoire présentant le projet a été déposé à la Commission des affaires sociales afin de contribuer à la politique du médicament en élaboration.

Personnes âgées

En partenariat avec Loisir et Sport Montérégie, la Table régionale des aînés de la Montérégie et des organisations du milieu, la DSP a collaboré à la réalisation d'un projet pilote sur le territoire du CSSS Sorel-Tracy. Le projet visait à sensibiliser et mobiliser les acteurs locaux afin d'offrir aux aînés des environnements favorisant la pratique de l'activité physique. Le projet à obtenu un financement pour une deuxième année.

Immunisation

L'objectif était de rejoindre 80 % des personnes adultes de 65 ans ou plus pour la vaccination contre l'influenza et 80 % des personnes de 65 ans et plus contre les infections à pneumocoque.

Couverture vaccinale influenza						
6-23 mois	Milieu ouvert		Milieu fermé	Personnel d'établissement		
	60-64 ans	65 ans et +		CHSLD	CH	CLSC
37 %	43 %	59 %	84 %	38 %	45 %	47 %

La difficulté à faire l'évaluation des taux de couverture vaccinale devrait être facilitée par l'implantation éventuelle d'un système provincial d'information vaccinale.

Orientation 1.3 Consolider et développer l'application de mesures de protection de la santé des Montérégiens

Influenza

Développer un plan d'urgence influenza régional. Le plan de lutte contre la pandémie d'influenza, volet santé publique, a été déposé à la directrice de santé publique le 31 mars 2005. Des travaux pour le développement des autres volets sont en cours.

Secteur Santé au travail

Un des objectifs visés par le PAR est que tous les intervenants du réseau de la santé au travail aient reçu de l'information sur la mise à jour de la liste des MADO. À l'automne 2004, un atelier et une pochette d'information sur les MADO et le concept de « signalement » ont été développés pour répondre aux besoins des intervenants en santé au travail des CSSS. Cent pour cent des personnes ciblées (n=91) ont été rejointes; 80 % ont assisté à l'atelier tenu dans chaque CSSS et 20 % ont reçu la pochette d'information.

Secteur Environnement

L'objectif était de sensibiliser et d'outiller les intervenants municipaux et la population pour une meilleure intervention à l'égard de la problématique de l'herbe à poux. Une enquête auprès des municipalités a été réalisée (bilan des activités 2003 en regard du contrôle de l'herbe à poux); des chroniques pour le bulletin *Flash – Herbe à poux* ont été produites et un communiqué de presse pour la population sur l'identification et les techniques de contrôle de la plante a été diffusé.

Priorité 3 — Adapter et rehausser les services aux personnes âgées

Orientation 3.1 — Assurer l'accès à une gamme adéquate de services adaptés pour les personnes âgées

Dans le cadre du Projet régional de soutien aux aidants naturels, une étude a été réalisée en collaboration avec les organismes montérégiens d'aidants naturels. Cette étude a permis d'établir le profil des aidants naturels, le profil des personnes aidées, une description de la situation d'aide et le portrait des activités et services offerts aux aidants par les organismes communautaires.

Direction exécutive de la gestion du réseau et générale adjointe

Objectifs de gestion et de service (bilan de suivi de gestion)

Santé publique

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Développement de l'adaptation et de l'intégration sociale**

Résultats attendus	Rejoindre 60 % des femmes enceintes et les mères âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu
	Avoir réalisé le nombre d'interventions requis en période prénatale et postnatale auprès des femmes rejointes tel que défini dans le cadre de référence ministériel

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Proportion de la clientèle rejointe	48,0	51,0
Nombre moyen d'interventions par mère en prénatal	5,28	5,10
Nombre moyen d'interventions par mère en périnatal	8,16	8,18
Nombre moyen d'interventions par mère en postnatal	7,05	7,10

Commentaires

Proportion de la clientèle rejointe : La cible a été atteinte cette année. Toutefois, nous devons fournir un investissement de manière à atteindre le niveau d'intensité dans ce programme. Les données les plus récentes disponibles pour le dénominateur, dans le calcul de cette proportion, sont celles de l'année 2002 (nombre de naissances vivantes chez les femmes âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées = 1 157).

Nombre moyen d'interventions par mère en prénatal, périnatal, postnatal : Dans l'analyse de cet indicateur, il faut considérer le résultat global qui est la périnatalité.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Habitudes de vie et maladies chroniques**

Résultats attendus	Mettre en œuvre dans toutes les régions le volet régional de certaines stratégies d'intervention énoncées dans le Programme québécois de lutte au tabagisme (PQLT) : déploiement des centres d'abandon du tabagisme (CAT)
	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et la fonction assurance qualité selon les normes établies au cadre de référence du programme et atteindre plus particulièrement pour la présente année ...

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT)	>0	286
Taux de participation au programme PQDCS	51,5	51,8
Taux de cancer du sein détecté – initial	5,9	6,5
Taux de cancer du sein détecté – subséquent	5,2	5,0
Cancer du sein – taux de référence en investigation – initial	13,3	16,7
Cancer du sein – taux de référence en investigation – subséquent	8,3	8,5

Commentaires

Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) : L'objectif est atteint. Ce nombre concerne uniquement les interventions individuelles. Les interventions de groupe ne sont pas considérées.

Taux de participation au programme PQDCS : L'objectif est atteint. Les données rapportées sont celles au 31 décembre 2004.

Taux de cancer du sein détecté – initial : L'objectif est atteint. Les données rapportées sont celles de 2001-2002.

Taux de cancer du sein détecté – subséquent : L'objectif est partiellement atteint. Les données rapportées sont celles de 2001-2002. La norme de 3,5 est atteinte, la baisse du taux de détection n'est pas significative. Les principaux facteurs associés aux variations de taux de détection PQDCS sont : les caractéristiques des femmes participantes et les caractéristiques des radiologistes qui interprètent les mammographies : ces caractéristiques ont peu changé. L'Agence tentera d'expliquer cet écart au cours de la prochaine année.

Cancer du sein – taux de référence en investigation – initial : Données au 31 décembre 2004. Nous ne pouvons expliquer cette hausse, cependant, un facteur important l'influence. La majorité des femmes participant au PQDCS au dépistage initial sont des femmes de 50 ans qui en sont à leur première mammographie de dépistage. Les radiologistes ne disposent pas de films antérieurs pour comparaison, donc, demandent plus d'examens complémentaires. Par ailleurs, ce résultat est, pour une large part, relié à l'acte médical qui relève davantage du niveau provincial.

Cancer du sein – taux de référence en investigation – subséquent : L'objectif est partiellement atteint. Les données rapportées sont celles au 31 décembre 2004. Par ailleurs, ce résultat est, pour une large part, relié à l'acte médical qui relève davantage du niveau provincial.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**VIH/SIDA, VHC, ITS**

Résultats attendus	Rejoindre les clientèles vulnérables par la vaccination et le dépistage dans le cadre de la mise en œuvre des orientations ministérielles en matière de services intégrés de dépistage et de prévention du VIH/SIDA, du VHC et des ITS

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Volume annuel de tests réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	>0	56
Volume annuel des tests du SIDEP	>0	323
Volume annuel de vaccinations auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	>0	1 165
Volume annuel de vaccinations du SIDEP	>0	1 427

Commentaires

- Pour faire du dépistage, les infirmières doivent obligatoirement avoir des liens de référence établis avec des médecins de première ligne pour assurer le suivi des personnes dont le test est positif. Le manque de disponibilité de médecins à cette fin, explique le peu de dépistage fait.
- Les régions semi-urbaines ou rurales comptent peu d'organismes communautaires ou de milieux de vie bien établis pour les clientèles vulnérables. Cette situation rend difficile l'intervention en milieu de vie auprès de cette clientèle.
- Une proportion de la clientèle présentant des facteurs de vulnérabilité se présente probablement dans les services généraux des établissements, sans qu'elle soit identifiée comme telle et donc, comptabilisée.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Services médicaux généraux

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services médicaux généraux**

Résultats attendus	Augmenter la proportion de la population inscrite auprès d'un GMF
	Augmenter le nombre de GMF

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Proportion de la population inscrite auprès d'un GMF	1.47 %	1.86 %
Nombre de GMF	25	20

Commentaires

Nous avons soumis quatre projets au MSSS pour accréditation depuis juillet 2004. Les GMF ont de la difficulté à rencontrer les normes du MSSS à l'égard de l'offre de service. Un projet a été accrédité en février 2005, cependant, le GMF a refusé son accréditation en mai 2005.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services infirmiers généraux**

Résultats attendus	Assurer l'accès dans chaque territoire local, à des services infirmiers généraux
	Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information, de conseil, de référence et d'orientation par Info-Santé 24/7, dans un délai de moins de quatre minutes

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes desservies par les services infirmiers	108 459	97 660
Nombre d'interventions par personne réalisées dans le cadre des services infirmiers	3.05	2.99
Taux d'utilisation du service Info-Santé	33.4	30.73
Proportion d'appels traités localement et centralement par Info-Santé dans un délai de moins de quatre minutes	S/O	S/O

Commentaires

Services infirmiers généraux :
On remarque une baisse au niveau de l'accessibilité aux services infirmiers généraux s'expliquant en partie par des problèmes au niveau des effectifs médicaux en CLSC (départ de médecins et leur affectation aux AMP). Les CLSC ont dû ainsi réduire les heures de services sans rendez-vous.

On doit cependant noter que la méthodologie d'extraction a été modifiée en 2004-2005 en excluant la clientèle de santé physique (profil d'intervention 192). La RAMQ a recalculé l'indicateur avec l'ancienne méthode pour le rendre comparable. Le nombre de personnes desservies est ainsi de 99 459 usagers en 2004-2005 et de 312 549 interventions. On note ainsi une baisse réelle de 9 000 usagers, mais on situe le nombre moyen d'interventions à 3,14 interventions au lieu de 2,99. L'intensité des services a donc été maintenue.

Taux d'utilisation Info-Santé
Il y a une baisse du taux d'utilisation du service Info-Santé par rapport à la cible. À la Centrale régionale Info-Santé, nous avons observé une baisse d'achalandage de 13 660 appels reçus par rapport à l'année financière 2003-2004. Cette constatation pourrait être appliquée aux CLSC (réponse locale) qui offrent les services Info-Santé à défaut d'avoir cette donnée disponible. De plus, nous avons noté une baisse de 6 768 appels traités, en partie effectués par les CLSC qui offrent les services d'Info-Santé (réponse locale).

L'Agence fera les recommandations nécessaires aux CSSS afin de publiciser le service.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services psychosociaux généraux**

Résultats attendus	Assurer l'accès, dans chaque territoire local, à des services psychosociaux généraux, en mettant l'accent sur l'implantation de la pratique de consultation psychologique

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes desservies par les services psychosociaux	8 583	7 868
Nombre d'interventions par personne réalisées dans le cadre des services psychosociaux	4.11	4.20
Nombre de personnes desservies par les psychologues	538	474
Nombre d'interventions réalisées par les psychologues	6.04	4.60

Commentaires

Nombre de personnes desservies par les psychologues et services psychosociaux :
On note ici une légère baisse du volume d'usagers au niveau des personnes desservies par les psychologues (64) et par les services psychosociaux (715). On remarque ainsi un relatif maintien des activités, tel que convenu à l'entente de services.

Dans le cadre des services psychosociaux (CA 6562), cette légère baisse peut s'expliquer en partie par une nouvelle répartition des usagers ayant des troubles de santé mentale (profil 410) et les services dits généraux. On note également que la pratique psychologique a diminué en raison de l'intégration des équipes de santé mentale en CLSC (6 939).

Nombre d'interventions par personne réalisées dans le cadre des services psychosociaux :
On note un dépassement de la cible du nombre d'interventions, malgré la légère baisse du nombre de personnes desservies.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Soutien à domicile à la suite à d'une intervention chirurgicale**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes desservies

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes desservies	6 730	6 782

Commentaires

L'objectif a été dépassé puisque nous avons réalisé un écart de 52 personnes de plus que prévu. Les mesures mises en place pour le désengorgement des urgences a soumis le SAD à une forte pression. Pour des renseignements additionnels, veuillez consulter la fiche de reddition de comptes de l'axe d'intervention **perte d'autonomie** : services dans le milieu de vie.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Perte d'autonomie : Services dans le milieu de vie**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile
	Augmenter le nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes recevant des services à domicile	22 747	19 975
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année	19,33	23,34

Commentaires

La cible de 22 747 usagers, dans le cadre du programme PALV, n'a pas été atteinte en 2004-2005. Cependant, nous constatons une augmentation importante dans le taux de réponse auprès de cette même clientèle, soit un taux moyen de réponse de 23,34 interventions par usager pour 19 975 personnes PALV.

Le nombre total d'interventions est supérieur aux prévisions. À la période 13, en 2004-2005, les CLSC ont effectué 466 489 interventions comparativement à 427 947 interventions auprès des PALV en 2003-2004. L'intensité a donc été privilégiée au détriment de l'accessibilité d'une part. Si l'on tient compte des résultats obtenus à P13 et que l'on divise par le nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année (cible 2004-2005), soit 19,33, les CLSC auraient rejoint un équivalent de 24 133 personnes PALV.

D'autre part, nous remarquons une migration substantielle des activités SAD vers les services de santé physique et de services généraux. Une augmentation de 21,72 % de la clientèle et près de 15,04 % des activités ont été ainsi réalisées dans ces profils clientèles. On se souvient que les urgences en Montérégie ont été fort occupées à l'automne 2004. Nous sommes à même de constater que les CLSC ont répondu à l'appel du Ministère de désengorger les urgences, d'ailleurs elles se portent mieux depuis, même s'il reste beaucoup à faire.

Les centres hospitaliers sont aux prises depuis plusieurs années avec la problématique de patients n'ayant plus besoin de soins actifs et en attente d'une place d'hébergement de soins de longue durée. Cet engorgement chronique a des conséquences systémiques graves sur la gestion interne des hôpitaux, notamment un impact direct sur l'engorgement des urgences. Ainsi, en 2002-2003, 166 personnes en moyenne occupaient des lits d'hospitalisation dans les centres hospitaliers de la Montérégie, soit 11 % des lits fonctionnels de soins actifs. Cette problématique perdurait malgré la solution privilégiée d'ajouter des places achetées d'hébergement en ressources privées. À l'hiver 2002, au plus fort de la pression dans nos CH, nous comptions près de 350 places achetées en résidences privées, réservées à un usage exclusif pour la clientèle en provenance des hôpitaux.

L'Agence a mis en place à compter de 2003-2004 une série de mesures qui s'articulait autour de la stratégie suivante :

- Transformer les mesures provisoires d'achats de places (dont certaines étaient en opération depuis près de cinq ans) en mesures permanentes de type « ressources non institutionnelles » (RI et RTF).
- Compenser le déficit de places dans les territoires les plus en manque en développant des places d'hébergement dans les installations existantes CHSLD.
- Réviser en profondeur la gestion de l'accès aux services d'hébergement, notamment par la décentralisation de la coordination des admissions.

- Intégrer la priorisation des mesures hébergement dans le cadre des travaux initiés dans chaque territoire en collaboration avec le comité de coordination nationale des urgences.

Le bilan de ce plan montre clairement l'ampleur de la transformation réalisée et les résultats obtenus en moins de trois ans :

Année	Clients en CH (moyenne)	Places achetées RP	Ajouts de places LD dans installations CHSLD	Ajouts de RNI
2002-2003	166	344	195	0
2003-2004	126	245	74	286
2004-2005	74	202	25	170
au 2 mai 2005	**54**	**150**		
		TOTAL TROIS ANS	**294**	**456**

Il manque une somme de 3,4 millions $ pour finaliser et consolider les mesures initiées depuis les deux dernières années, notamment :

- Développement additionnel de places d'hébergement en CHSLD ;
- Développement et consolidation de places RNI et en maison d'hébergement ;
- Financement récurrent du transfert de la coordination des mécanismes d'accès.

Bilan des mesures Hébergement
Plan de développement 2002-2005

Année	Mesures	Non récurrent	Récurrent
2002-2003	Enveloppe spéciale Achats de places - volet hébergement	10 861 072 $	
	Développement Hébergement (RI et RTF) - Ajustement		1 500 000 $
	Rehaussement du taux de budgétisation à 70 % en LD		1 863 259 $
2003–2004	Enveloppe spéciale Achats de places - volet hébergement		10 861 072 $
	Enveloppe Urgence - ajout de places hébergement	3 026 500 $	
	Développement Hébergement		2 436 453 $
2004-2005	Enveloppe Urgence - ajout de places hébergement - 2003-2004	3 026 500 $	
	Enveloppe Urgence - Longueuil 2004-2005	3 537 800 $	
	Rehaussement du taux de budgétisation à 70 % en LD		2 500 000 $
	Développement Hébergement (RI et RTF) - Ajustement		554 065 $
	Développement Nouvelles places LD et RNI		5 070 000 $
	Développement Maisons de soins palliatifs		400 000 $
2005-2006	Enveloppe Urgence - ajout de places hébergement - 2003-2004	3 026 500 $	
	Enveloppe Urgence - Longueuil 2004-2005	3 537 800 $	
	Développement Hébergement - consolidation du plan dévelop.		3 341 733 $
	TOTAL		**28 526 582 $**
	Total incluant enveloppe NR urgence 2003-04 et 2004-05		**35 090 882 $**

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut**

Résultats attendus	Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en soins infirmiers et d'assistance
	Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en services professionnels

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en soins infirmiers et d'assistance	3,01	3,03
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en services professionnels	0,186	0,19

Commentaires

L'objectif est atteint. Des travaux spécifiques se feront en cours d'année avec chaque établissement afin d'évaluer leur situation.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Déficience physique

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Déficience physique : Services dans le milieu de vie**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes desservies par des services de soutien à domicile
	Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes desservies	5 803	4 735
Nombre de familles desservies	ND	928

Commentaires

Dans le cadre de ce programme clientèle, un ajustement qualitatif de la codification des données a été réalisé. Certains CLSC codifiaient les personnes ayant fait l'objet d'un suivi systématique MPOC ainsi que les autres suivis à court terme de personnes ayant une déficience physique, dans ce profil d'intervention. En 2004-2005, cette clientèle est comptabilisée en santé physique (profil 192). D'autres éléments qui ont pu jouer sur l'accès aux services, sont la rareté ou le recrutement des ressources en ergothérapie et physiothérapie ainsi que l'impact des suivis post chirurgicaux PTH-PTG.

Par ailleurs, comme dans le programme PALV, l'intensification ou le taux de réponse auprès de ces personnes a considérablement augmenté, passant de 17,82 en 2003-2004 à 23,09 interventions/usager en 2004-2005, soit de 102 135 à 109 315 interventions, une augmentation de 7,03 % du volume d'activités. L'intensité a été priorisée cette année aux dépens de l'accessibilité.

Pour 2005-2006, un effort sera fait afin d'augmenter le nombre de personnes desservies.

À la période 13, 928 familles ont été desservies par les services de soutien par allocation directe en 2004-2005. Il n'y avait pas de point de départ pour cet indicateur à cause d'un problème de comptabilisation antérieure.

Il faut noter qu'une consigne régionale précise que les multihandicaps (DI et DP) sont classés en DI.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services dans le milieu de vie (déficience physique)**

Résultats attendus	Maintenir ou rehausser l'offre globale des services de soutien à domicile
	Maintenir ou rehausser les mesures de soutien aux familles
	Maintenir ou améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre moyen d'interventions par usager par année	17,82	23,08
Montant moyen versé par famille pour le répit, le gardiennage, le dépannage (allocation directe)	ND	1 373 $

Commentaires

Dans le cadre de ce programme clientèle, un ajustement qualitatif de la codification des données a été réalisé. Certains CLSC codifiaient les personnes ayant fait l'objet d'un suivi systématique MPOC ainsi que les autres suivis à court terme de personnes ayant une déficience physique dans ce profil d'intervention. En 2004-2005, cette clientèle est comptabilisée en santé physique (profil 192). D'autres éléments qui ont pu jouer sur l'accès aux services sont la rareté ou le recrutement des ressources en ergothérapie et physiothérapie ainsi que l'impact des suivis post chirurgicaux PTH-PTG.

Par ailleurs, comme dans le programme PALV, l'intensification ou le taux de réponse auprès de ces personnes a considérablement augmenté, passant de 17,82 en 2003-2004 à 23,08 interventions/usager en 2004-2005, soit de 102 135 à 109 315 interventions, une augmentation de 7,03 % du volume d'activités. L'intensité a été priorisée cette année aux dépens de l'accessibilité.

À la période 13, le montant moyen versé par famille en allocation directe est de 1 373 $ en 2004-2005. Il n'y avait pas de point de départ pour cet indicateur à cause d'un problème de comptabilisation antérieur. Nous sommes en deçà du montant national de 500 $.

Pour 2005-2006, un effort sera demandé aux établissements afin d'augmenter le montant versé aux familles.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Déficience physique : Services spécialisés**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience motrice
	Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience visuelle
	Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience auditive
	Augmenter le nombre d'enfants desservis pour une déficience de la parole et du langage

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes desservies en déficience motrice	2 654	2 877
Nombre de personnes desservies en déficience visuelle	4 633	1 887
Nombre de personnes desservies en déficience auditive	253	374
Nombre d'enfants desservis pour une déficience de la parole et du langage	1 025	1 055

Commentaires

Déficience motrice : L'objectif est atteint.

Déficience visuelle : L'objectif est atteint, considérant que le point départ et l'écart représentent l'ensemble des régions (Montérégie, Montréal, Laval) desservies par INLB alors que le résultat représente uniquement la Montérégie.

Déficience auditive : L'objectif est atteint.

Déficience parole et langage : L'objectif est atteint pour l'année 2004-2005 mais il sera impossible de réaliser l'écart de 150 enfants au 31 mars 2006.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Déficience intellectuelle : Services dans le milieu de vie**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes desservies par des services de soutien à domicile
	Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes desservies	2 151	2 401
Nombre de familles desservies	>50	1 155

Commentaires

Nombre de personnes desservies : L'objectif est largement dépassé. Nous avions prévu le maintien du nombre de personnes desservies, mais nous avons une augmentation de 250 personnes. Le résultat représente le nombre de personnes DI et TED sans ventilation spécifique.

Nombre de familles desservies : Prendre note qu'une consigne régionale précise que les multihandicaps (DI et DP) sont classés en DI.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services dans le milieu de vie (déficience intellectuelle)**

Résultats attendus	Maintenir et rehausser l'offre globale des services de soutien à domicile pour les personnes ayant une déficience intellectuelle incluant les personnes présentant un TED
	Maintenir ou rehausser les mesures de soutien aux familles

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre moyen d'interventions par usager par année (intensité des services)	15,82	15,85
Montant moyen versé par famille pour répit, gardiennage, dépannage (allocation directe)	ND	798 $

Commentaires

Nombre moyen d'interventions par usager par année (intensité des services) : Résultat positif, le nombre moyen d'interventions est demeuré le même. Par contre, cette moyenne ne représente pas la situation réelle. En effet, trois CLSC offrent des services de soins infirmiers à la suite d'une entente avec un CRDI, à 34 usagers hébergés en RAC. Avec l'application de la Loi 90, ces services ne seront plus offerts par ces CLSC. Le nombre moyen d'interventions diminuera donc à 7 puisque le nombre d'interventions offertes dans le cadre de cette entente augmente actuellement notre moyenne régionale de 50 %.

Montant moyen versé par famille pour répit, gardiennage, dépannage (allocation directe) : Actuellement, nous sommes en deçà du montant moyen national de 500 $. Les CLSC ont favorisé de desservir les familles en attente. Pour 2005-2006, l'effort devra être concentré à augmenter le montant versé.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Troubles envahissants du développement**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe
	Augmenter le nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive
	Augmenter le nombre de nouveaux enfants (6 à 21 ans) recevant des services spécialisés
	Augmenter le nombre de nouveaux adultes de plus de 21 ans recevant des services spécialisés

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de familles desservies	430	554
Nombre d'enfants de moins de 6 ans ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive depuis le début de l'année	47	73
Nombre de nouveaux usagers (6 à 21 ans) recevant des services spécialisés depuis le début de l'année	360	55
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant des services spécialisés	127	6

Commentaires

Nombre de familles desservies : L'objectif est largement dépassé. Nous avons un écart de 148 familles au lieu de celui prévu de 24. Cette année, les CLSC ont privilégié la réponse aux nouvelles demandes (148 familles) avec les sommes allouées, au lieu d'augmenter le montant moyen à chaque famille déjà desservie.

Nombre d'enfants de moins de 6 ans ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive depuis le début de l'année : L'objectif est largement dépassé. Il est important de noter que le résultat indique le nombre d'enfants ayant reçu des services durant l'année, (73 selon GESTRED) alors que l'écart représente l'augmentation du nombre d'enfants qui devaient recevoir des services à la P13. Actuellement, à la P13, nous avons 56 enfants recevant des services ICI, ce qui représente un écart de 21 enfants au lieu de 12 enfants prévus.

Nombre de nouveaux usagers (6 à 21 ans) recevant des services spécialisés depuis le début de l'année : L'objectif est largement dépassé. Nous avions prévu une augmentation de 23 nouveaux usagers alors que 55 nouveaux usagers ont été desservis. Il faut noter que la cible représente le nombre d'usagers en début d'année plus le nombre de nouveaux usagers qu'il avait été prévu de desservir alors que le résultat représente les nouveaux usagers desservis.

Nombre de nouveaux adultes de plus de 21 ans recevant des services spécialisés : L'objectif est atteint. Une augmentation de six nouveaux usagers, alors que nous avions prévu le maintien. Il faut noter que la cible représente le nombre d'usagers en début d'année plus le nombre de nouveaux usagers qu'il avait été prévu de desservir alors que le résultat représente les nouveaux usagers desservis.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services dans le milieu de vie (TED)**

Résultats attendus	Maintenir ou rehausser les mesures de soutien aux familles
	Rendre accessibles des services généraux et spécialisés d'intervention et de soutien à l'intégration sociale aux personnes ayant un TED : développer et consolider le service ICI

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Montant moyen versé par famille pour répit, gardiennage et dépannage (allocation directe)	1 200 $	1 049 $
Nombre moyen d'heures d'intervention par enfant ICI	20	15

Commentaires

Montant moyen versé par famille pour répit, gardiennage et dépannage (allocation directe) : La moyenne des montants accordés par famille est demeurée la même que l'an passé parce que les CLSC ont privilégié de répondre aux nouvelles demandes (148 familles) avec les sommes allouées, au lieu d'augmenter le montant moyen à chaque famille déjà desservie.

Nombre moyen d'heures d'intervention par enfant ICI : Étant donné qu'aucun enfant ne reçoit plus de 20 heures/semaine et que l'intensité du nombre d'heures augmente de façon progressive pour les nouvelles inscriptions (38 pour l'année), il est impossible d'avoir une moyenne à 20 heures. L'allocation non utilisée a permis de desservir un plus grand nombre d'enfants (voir résultat indicateur : nombre d'enfants de moins de 6 ans ayant reçu ICI).

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Jeunes en difficulté

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services de première ligne offerts aux jeunes en difficulté**

Résultats attendus	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux
	Offrir un suivi intensif pour 80 % des jeunes femmes enceintes et des mères de moins de 20 ans (PSJP)

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'usagers desservis	18 029	18 719
Nombre moyen d'interventions par usager	5.46	5.52
Nombre de signalements reçus	8 811	9 055
Nombre de signalements retenus	3 816	3 739
Proportion de la clientèle rejointe	80,0	76,6
Intensité des services (nombre d'interventions) – prénatal	5.45	5.88
Intensité des services (nombre d'interventions) – postnatal	7.08	7.16

Commentaires

Nombre d'usagers desservis
Nombre moyen d'interventions par usager
Concernant ces deux indicateurs, les objectifs ont été dépassés.

Nombre de signalements reçus :
On constate un accroissement du nombre de signalements reçus de 244 jeunes.

Nombre de signalements retenus :
Le nombre de signalements retenus a sensiblement diminué en 2004-2005.

Proportion de la clientèle rejointe : Il existe des problèmes de comptabilisation des naissances au niveau local (ex. : les déclarations de naissances ne sont pas toujours reçues), ce qui entraîne un manque de fiabilité des données disponibles dans GESTRED. Dans les circonstances, nous utilisons plutôt, pour le dénominateur, les données les plus récentes disponibles, soit celles de l'année 2002 (nombre de naissances vivantes chez les femmes âgées de moins de 20 ans = 465). D'autre part, compte tenu du taux de dénatalité, il est fort probable que le nombre de naissances chez les mères de moins de 20 ans soit inférieur à 465 pour l'année de référence 2004-2005. L'utilisation du dénominateur provenant du fichier de naissances de 2002 a ainsi pour effet de réduire la proportion de mères rejointes par le PSJP.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Jeunes en difficulté : Services spécialisés offerts dans les CJ**

Résultats attendus	Réduire la liste d'attente réelle à l'évaluation
	Réduire la liste d'attente à l'application des mesures
	Réduire le taux d'engorgement réel

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de jeunes en liste d'attente réelle à l'évaluation	79	31
Nombre de jeunes en liste d'attente à l'application des mesures	75	71
Taux d'engorgement réel	0	7,47%

Commentaires

Nombre de jeunes en liste d'attente réelle à l'évaluation : La cible fixée, pour 2004-2005, est atteinte. Le résultat actuel représente la moyenne des 52 semaines, tel que convenu avec le MSSS en novembre 2004.

Nombre de jeunes en liste d'attente à l'application des mesures : La cible est atteinte. Le résultat actuel représente la moyenne des 52 semaines, tel que convenu avec le MSSS en novembre 2004.

Taux d'engorgement réel : Des solutions alternatives ont été déployées, dont la diversification aux placements par l'implantation des centres spécialisés en réadaptation externe (CSRE) et la rationalisation des ressources intermédiaires, des unités de désengorgement ouvertes temporairement. Le nombre de places au permis a substantiellement diminué depuis quelques années. Cependant le taux d'engorgement n'est pas à 0. Le résultat actuel représente la moyenne des 52 semaines.

Il faut noter que le nombre de places d'hébergement que nous avons est proportionnellement inférieur aux autres régions, ce qui explique un engorgement plus important.

Nous poursuivons les efforts pour diminuer le taux d'engorgement.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services spécialisés offerts dans les centres jeunesse**

Résultats attendus	Garantir l'accès aux services d'évaluation et d'application des mesures à la PJ
	Assurer l'accessibilité à une gamme de services spécialisés dans les CJ – jeunes contrevenants

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	34,96	22,35
Délai moyen d'attente à l'application des mesures	39,14	40,53
Nombre de jeunes ayant fait l'objet d'intervention du centre jeunesse en vertu de la LSJPA	3425	2 859
Nombre de jours/présence des jeunes hébergés en vertu de la LSJPA dans ress. Hébergement	14328	12 074
Nombre de jeunes ayant bénéficié d'une intervention dans les communautés en vertu LSJPA	759	ND
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse LSJPA	ND	ND

Commentaires

Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse
L'objectif est dépassé. Plusieurs efforts ont été déployés pour atteindre la cible.

Délai moyen d'attente à l'application des mesures
La cible sera atteinte au 31 mars 2006.

Nombre de jeunes ayant bénéficié d'une intervention dans les communautés en vertu LSJPA
Cette donnée est en cours de validation (conciliation du système d'information jeunesse en cours). Le système d'information (PIJ) étant en cours d'implantation, il nous est impossible de fournir les données pour le moment.

Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse LSJPA
Le système d'information ne fournit pas cette information.

Nombre de jeunes ayant fait l'objet d'intervention du centre jeunesse en vertu de la LSJPA
Nombre de jours/présence des jeunes hébergés en vertu de la LSJPA dans ress. hébergement
L'objectif étant d'intervenir et/ou d'héberger les jeunes en vertu de la LSJPA le moins possible, nous constatons une bonne performance. Le système d'information jeunesse (PIJ) est en implantation, ces données sont sous réserve car des validations sont en cours.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Dépendances

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Toxicomanie**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de jeunes évalués et référés par le mécanisme d'accès

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès	516	0

Commentaires

Il n'existe pas de mécanisme d'accès pour notre région. Nous croyons qu'il est de la responsabilité des CSSS, par le biais du projet clinique, de définir les moyens de répondre à la cible identifiée.

La cible avait été établie sans tenir compte du fait qu'aucun mécanisme d'accès n'était implanté.

Si l'indicateur était modifié comme suit « Nombre de jeunes évalués et référés », notre cible serait atteinte puisque 554 jeunes ont été évalués et 348 jeunes ont été référés. En retirant le volet mécanisme d'accès, l'objectif serait largement dépassé.

Actuellement, les jeunes sont référés via le milieu scolaire. Les orientations régionales recommandent le déploiement des services d'AEO-Référence selon différentes portes d'accès, entre autres le CSSS (mission CLSC). En 2005-2006, nous débuterons le déploiement des services de première ligne.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Jeu pathologique**

Résultats attendus	Augmentation du nombre de joueurs pathologiques traités

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de joueurs pathologiques traités	520	439

Commentaires

La cible représente l'ensemble des joueurs traités, alors que l'indicateur mesure le nombre de nouveaux joueurs. Ces deux données ne sont donc pas comparables. Nous devrions traiter 132 nouveaux joueurs. Comme nous avons traité 439 cas, nous avons largement dépassé l'objectif.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Jeu pathologique (dépendances)**

Résultats attendus	Accroître le nombre de joueurs pathologiques traités et le nombre de proches ayant reçu des services de soutien

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de proches desservis	80	151

Commentaires

La cible représente l'ensemble des proches desservis, alors que l'indicateur mesure le nombre de nouveaux proches desservis. Ces deux données ne sont donc pas comparables. Nous devions desservir 41 nouveaux proches, comme nous en avons desservi 151, nous avons largement dépassé la cible.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Santé mentale

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Santé mentale**

Résultats attendus	Réduire la durée moyenne de séjour à la salle d'urgence pour les personnes ayant un problème de santé mentale
	Augmenter le nombre d'adultes ayant reçu des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable dans la communauté

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Durée moyenne de séjour à la salle d'urgence	22,6	17,3
Nombre d'adultes différents ayant reçu des services de suivi intensif ou de soutien d'intensité variable dans la communauté	Intensif 358 Variable 171	Intensif 512 Variable 232

Commentaires

Suivi intensif : La méthodologie retenue est le calcul de la moyenne des usagers desservis, quel que soit le nombre de rencontres par période. Un des CSSS devait modifier ses activités de suivi variable vers intensif cette année. Nous en avons tenu compte dans nos calculs. Cette modification étant reportée à l'an prochain, cela donne donc l'illusion, à court terme, d'une performance exceptionnelle parce que les deux types de soutien sont additionnés.

Suivi variable : Pour déterminer le point de départ, nous avons tenu compte des adultes rencontrés de cinq CLSC ayant au moins 1/2 poste dédié au soutien variable (fiche descriptive), mais l'extraction des données I-CLSC tient compte des adultes rencontrés pour dix-neuf CLSC, ce qui accroît sensiblement le nombre de personnes rencontrées. Pour les CLSC, dont certaines données étaient manquantes, nous avons considéré la moyenne des données pour effectuer le calcul du résultat actuel.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale**

Résultats attendus	Réduire la durée moyenne de séjour à la salle d'urgence pour les personnes ayant un problème de santé mentale
	Augmenter le nombre d'adultes ayant reçu des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable dans la communauté

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'adultes (18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation et de traitements psychosociaux dans les services de première ligne)	3 549	3 602
Nombre de jeunes en attente d'évaluation ou de traitement en pédopsychiatrie – évaluation	708	775
Nombre de jeunes en attente d'évaluation ou de traitement en pédopsychiatrie – traitement		

Commentaires

Nombre de jeunes en attente d'évaluation ou de traitement en pédopsychiatrie

L'objectif sera dépassé au 31 mars 2006.

La réorganisation administrative des CLSC avec les CSSS a retardé l'embauche de professionnels dans les équipes santé mentale jeunesse en première ligne, affectant la baisse prévue de 10 % de la liste d'attente en pédopsychiatrie.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Santé physique

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Urgence**

Résultats attendus	Réduire le séjour moyen de la clientèle sur civière
	Réduire la proportion de patients qui demeurent 48 heures ou plus sur des civières

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Durée moyenne de séjour en heure	16,4	20,1
Pourcentage de séjour de 48 heures ou plus	8,0	9,1

Commentaires

Les plans d'action sont en cours. On note une amélioration, et des mesures sont appliquées, ce qui devrait permettre d'atteindre les cibles 2005-2006.

Il est important de souligner que la restructuration du réseau et l'arrivée des CSSS peut être un facteur de délai dans l'atteinte des cibles.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Soins palliatifs**

Résultats attendus	Augmentation du nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile
	Augmentation du nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	2 816	2 697
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	14,64	16,44

Commentaires

La cible du nombre d'usagers n'a pas été atteinte. Cela peut être attribué par l'exercice de clarification de la codification des profils d'intervention s'appliquant à la clientèle en soins palliatifs dans la Montérégie en 2004-2005.

Cependant, l'augmentation du nombre d'interventions par usager par rapport à la cible nous permet de constater que le nombre total d'interventions, soit 44 347, est supérieur à la cible de 41 226 interventions.

Donc, malgré une baisse de 119 usagers, nous pouvons observer une augmentation de l'intensité des services auprès des usagers en fin de vie.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Lutte contre le cancer**

Résultats attendus	Réduire à zéro le nombre de patients en attente de plus de huit semaines pour des traitements de radio-oncologie

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de patients en attente de plus de huit semaines		

Commentaires

Indicateurs non suivis en 2004-2005.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Cardiologie tertiaire**

Résultats attendus	Traiter les patients à l'intérieur des délais établis en hémodynamie
	Traiter les patients à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque
	Traiter les patients à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en hémodynamie Priorités 1 à 4 priorité 5	 85 % 75 %	 81,9 % 77,3 %
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque		NA
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie		NA

Commentaires

Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – priorités 1 à 4:

L'objectif sera atteint au 31 mars 2006.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Hanche**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies du remplacement de la hanche

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de chirurgies réalisées	442	459

Commentaires

L'objectif est dépassé.

Le point de départ a été modifié à la suite de l'acceptation du MSSS.

On note un écart de 8 % entre les données GESTRED et MED-ECHO.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Genou**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies du remplacement du genou

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de chirurgies réalisées	548	601

Commentaires

L'objectif a été atteint.

Le point de départ a été modifié à la suite de l'acceptation du MSSS.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Cataracte**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies de la cataracte

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de chirurgies réalisées	8 076	8 784

Commentaires

L'objectif a été dépassé.

Le point de départ a été modifié à la suite de l'acceptation du MSSS.

On constate un écart de 3 % entre les données GESTRED et MED-ECHO.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Chirurgie d'un jour**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies d'un jour

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées	25 377	26 878

Commentaires

L'objectif a été dépassé.

Le point de départ a été modifié à la suite de l'entente avec monsieur Charles Hardy du MSSS.

On constate un écart de 11 % entre les données GESTRED et MED-ECHO.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Chirurgie avec hospitalisation**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies avec hospitalisation

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées	19 378	22 984

Commentaires

L'objectif a été dépassé.

Le point de départ a été modifié à la suite de l'acceptation du MSSS.

On constate un écart de 13 % entre les données GESTRED et MED-ECHO.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Autres

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Femmes victimes de violence**

Résultats attendus	Augmenter le nombre d'enfants exposés à la violence conjugale ayant reçu des services d'une intervenante « jeunesse » d'une maison d'hébergement

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'enfants exposés à la violence conjugale ayant reçu des services d'une intervenante « jeunesse » d'une maison d'hébergement	918	956

Commentaires

Le nombre d'enfants est plus élevé car, pour l'exercice 2003-2004, les données recueillies ne couvraient que neuf périodes, alors que pour 2004-2005, nous avions le nombre pour l'année complète.

Par ailleurs, le nombre d'enfants rejoints depuis le début de l'année fournit une indication sur le nombre total d'enfants qui ont reçu un service au cours de cet exercice. Par exemple, si le nombre d'enfants rejoints est moins élevé que l'année précédente, ce nombre peut tout simplement indiquer que les femmes qui ont séjourné en maison d'hébergement avaient moins d'enfants chacune comparativement aux personnes ayant reçu les mêmes services pour l'année en cours d'exercice. Par conséquent, on ne peut conclure que moins d'enfants sont victimes de violence ou l'inverse dans les cas où le nombre d'enfants est plus élevé.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Au plan de l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle**

Résultats attendus	Assurer le suivi de la mise en œuvre de la Loi 71 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux en mettant en place, dans chaque établissement, les mesures suivantes :

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion des risques et de la qualité	50	26
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	40	29
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	50	48
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	53	41
Nombre de sessions d'information/formation offertes sous l'égide du GNAGRQ	1	1
Nombre de groupes et de personnes ayant participé au programme de formation élaboré par le Ministère en collaboration avec le GNAGRQ		160
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	50	25

Commentaires

Malgré que les cibles ne sont pas atteintes, nous relevons une amélioration significative pour l'ensemble des indicateurs.

La création des CSSS a fait en sorte que les établissements ont choisi de reporter certains travaux afin de travailler sur un projet global au niveau du CSSS.

L'Agence portera une attention particulière à ces indicateurs cette année afin d'améliorer notre performance.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Au plan de l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle**

Résultats attendus	Mesures pour contrer les infections nosocomiales		
Indicateurs		***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales (1 ETP par 133 lits)			7
Nombre d'établissements ayant adopté une politique interne de stérilisation des équipements médicaux			

Commentaires

Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales :

Sept des dix centres hospitaliers ont atteint ou dépassé leur cible respective en ressources de PPI. Les trois centres qui ne l'ont pas atteint ont quand même réussi à combler respectivement 3,0/3,5, 2,0/2,5 et 2,0/2,3 du nombre d'ETC visé. L'objectif devrait être pleinement atteint en 2005-2006.

Nombre d'établissements ayant adopté une politique interne de stérilisation des équipements médicaux :

Nous attendons les orientations ministérielles de l'automne avant de fournir aux établissements nos attentes.

Nom :	Luc Boileau Président-directeur général Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	Date :	3 juin 2005

Objectif de retour à l'équilibre budgétaire (établissements publics)

OBJECTIF DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE (établissements publics)	
Cible déficitaire maximale	14 468 849 $
Déficit réel (activités principales et accessoires)	16 862 835 $
Écart déficitaire	**2 393 986 $**

Commentaires

Les Centres Jeunesse de la Montérégie, l'ensemble des centres de réadaptation ainsi que les CSSS Champlain, du Haut Saint-Laurent et Vaudreuil-Soulanges, ont réussi à maintenir l'équilibre budgétaire entre leurs dépenses et leurs revenus de l'exercice 2004-2005.

Pour les huit autres CSSS et l'Hôpital Charles LeMoyne, auxquels une cible déficitaire avait été signifiée, les principales mesures entreprises pour corriger la situation ont été :

- l'élaboration et le suivi du plan de redressement budgétaire;
- l'accompagnement par des consultants externes pour soutenir plusieurs établissements dans l'élaboration de leur plan de redressement;
- le suivi budgétaire périodique spécifique;
- l'attribution d'un soutien financier afin de faciliter l'atteinte de la cible.

Tous les établissements concernés ont réussi à respecter la cible déficitaire maximale qui leur avait été signifiée, sauf le CSSS de Sorel-Tracy qui présente un écart à la cible déficitaire conforme à l'objectif de retour à l'équilibre convenu pour l'exercice 2004-2005. Le solde étant reporté à l'exercice 2005-2006.

Pour le prochain exercice, toutes les mesures entreprises pour assurer le respect de la cible déficitaire maximale signifiée à l'entente de gestion seront poursuivies. De plus, l'examen des rapports périodiques internes de suivi budgétaire est prévu avec certains établissements.

Direction de la première ligne
et de la réadaptation

Mot du directeur de la première ligne et de la réadaptation par intérim

Dans la foulée de la mise en place des réseaux locaux de services et de la création des centres de santé et de services sociaux, la direction a concentré ses efforts pour accompagner et appuyer les établissements dans cette transformation majeure du système de santé et de services sociaux.

Outre les dossiers statutaires, le personnel s'est mobilisé autour de l'élaboration des continuums de services, de la consolidation du suivi des ententes de gestion, de la réalisation d'un portrait des organismes communautaires ainsi que de l'élaboration d'un premier cadre de référence pour les relations entre les organismes communautaires, les CSSS et l'Agence.

Il est important de souligner également que l'Agence a poursuivi ses travaux d'intégration pour les clientèles vulnérables.

L'ensemble de ces contributions a permis d'accroître la capacité du réseau montérégien de poursuivre l'actualisation des changements pour le plus grand bénéfice de la population qu'il dessert.

En terminant, nous voulons souligner l'implication et la contribution de madame Johanne Gauthier qui a quitté son poste de directrice de la première ligne et de la réadaptation en janvier 2005 pour occuper celui de directrice générale du CRDI Montérégie-Est.

Le directeur de la première ligne et de la réadaptation par intérim,

Réjean Tardif

Activités particulières

Services aux communautés ethnoculturelles

L'objectif de l'année était de réaliser un état de situation sur l'accessibilité pour les femmes des communautés haïtienne, afghane et chinoise quant aux difficultés liées à l'accessibilité et à l'adéquation des services de santé et des services sociaux. Un rapport d'étape a été déposé à l'Agence par la recherchiste, madame Marie Lacroix, de l'Université de Montréal. Le rapport final sera déposé au cours de 2005-2006.

Priorité 2 ▶ Développer une première ligne incontournable

Orientation 2.1 Améliorer l'accessibilité et la continuité des services médicaux et de santé physique de première ligne

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Entre le 1er avril 2004 et le 31 mars 2005, ont eu lieu en Montérégie 3 221 IVG, soit une diminution de 1,4 % par rapport à 2003-2004. Toutefois les rencontres de consultation préIVG et postIVG ont connu une augmentation de 6,9 %. Cette augmentation pourrait être en partie reliée aux consultations préIVG qui ne se sont pas traduites par une interruption volontaire de grossesse.

Orientation 2.2 Améliorer l'accessibilité et la continuité des services psychosociaux de première ligne

Pour l'année 2004-2005, le secteur CLSC de la Direction de la première ligne et de la réadaptation avait pour objectif d'effectuer un état de situation au regard de l'offre des services généraux et d'initier une démarche visant l'harmonisation en termes de gamme de services, d'accessibilité aux services et des mécanismes à privilégier afin de faciliter la circulation de la clientèle au sein du continuum de services. L'état de situation a été réalisé, le panier de services a été défini, de même que l'identification des critères d'analyse pour l'accessibilité aux services. De plus, le mandat a été élargi afin de couvrir la gamme complète des services généraux afin de faciliter la hiérarchisation des services pour les différentes missions, tout comme la mobilisation du personnel des CSSS.

Par ailleurs, le secteur CLSC a également travaillé au développement d'une harmonisation des pratiques à l'accueil psychosocial. Il en est résulté l'élaboration d'un état de situation et la formulation de recommandations sur les pratiques les plus gagnantes ainsi que sur les modalités d'organisation du travail à l'accueil psychosocial.

Orientation 2.3 Améliorer l'accessibilité et la continuité des services de première ligne visant des clientèles spécifiques

Famille-enfance-jeunesse

- Assurer de façon concertée avec la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport la mise en œuvre de l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (entente MSSS-MELS), de même que son évaluation continue. Un comité régional stratégique a été mis sur pied et celui-ci a adopté une stratégie d'implantation.
- Poursuivre l'implantation de l'Équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ) à la Haute-Yamaska afin d'améliorer l'accès et la continuité des services à la famille pour les jeunes ayant un problème sévère et complexe. L'ÉIJ constitue la plaque tournante pour ces clientèles.
- Augmenter le nombre de PSI (Plan de services individualisé). Actuellement, toutes les situations prises en charge par l'ÉIJ ont un PSI.
- Élaborer la formalisation du programme CAFE et procéder à son lancement officiel.

Réadaptation sous LSSSS

L'offre de service des CJM, adoptée par son conseil d'administration le 2 juin 2004, indique **que les situations LSSSS doivent être desservies par les centres de santé et de services sociaux.** Les CSSS n'ont pas présentement les ressources d'éducateurs spécialisés ou de psychoéducateurs pour répondre aux demandes sous la LSSSS. Quelques établissements seulement ont investi dans ce domaine et souvent dans un cadre financier non récurrent.

- Développement d'un programme de réadaptation externe sous LSSSS en remplacement des services que le Centre jeunesse de la Montérégie n'offre plus au CSSS.
- Élaboration d'un programme donnant des balises au CSSS pour l'implantation sous le nom de *« Projet d'intervention psychoéducative auprès des jeunes de 0 à 17 ans en difficulté et leur famille »* afin de bien le différencier de la réadaptation externe sous la LPJ.

Orientation 2.4 Développer l'accès téléphonique au service Info-Santé CLSC pour les besoins de santé physique et les besoins psychosociaux

En Montérégie, le service Info-Santé CLSC est offert selon deux modalités, soit par la Centrale régionale Info-Santé ou par un CLSC. Le taux d'utilisation du service est de 307,32 appels/1 000 habitants. Ce résultat est inférieur à l'objectif fixé de 334,4 appels par 1 000 habitants et il peut s'expliquer par la baisse du nombre d'appels traités.

De plus, la Centrale régionale Info-Santé avait deux objectifs à atteindre :

- dDiminuer le nombre d'appels abandonnés de 16 % par rapport à celui de l'année financière 2003-2004;
- augmenter le taux de pénétration de 183/1 000 habitants à 201/1 000 habitants.

Les résultats de la centrale régionale nous révèlent que les objectifs n'ont pas été atteints. On constate que le nombre d'appels abandonnés a diminué de 3,5 %. Par ailleurs, la centrale régionale

a réalisé un projet de courte durée pour réduire le nombre d'appels abandonnés, projet qui se poursuivra l'année financière prochaine. Le taux de pénétration a baissé à 178,9 appels/1 000 habitants. Ce résultat peut être attribué à la diminution du nombre d'appels traités.

Orientation 2.5 Soutenir l'action communautaire

Pour l'année 2004-2005, l'Agence souhaitait favoriser le transfert des crédits à l'intérieur du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC : volet mission globale) visant ainsi à rejoindre la moyenne nationale de 80 %. Un processus de transfert de plus de 8,1 millions $ a été mis en oeuvre portant ainsi le financement versé, dans le cadre du volet mission globale, à 85 %. Le transfert sera effectif dès le début de l'exercice 2005-2006.

De plus, l'Agence visait à mieux faire connaître l'action communautaire et en favoriser une réelle reconnaissance par les partenaires concernés. Ainsi, des rencontres et consultations auprès des représentants du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires, de même que l'utilisation des données déjà disponibles à l'Agence, combinée à une collecte de données et une analyse, ont mené à la rédaction du « Portrait des organismes communautaires et bénévoles oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux en Montérégie ».

Enfin, l'Agence désirait outiller le réseau et les organismes communautaires en regard des nouvelles collaborations à établir dans le cadre des réseaux locaux de services. En ce sens, une version préliminaire du « Cadre de collaboration entre l'Agence de santé et de services sociaux, les centres de santé et de services sociaux, les établissements régionaux et les organismes communautaires et bénévoles » a été produite. Les partenaires du réseau et les organismes communautaires ont pu en prendre connaissance et la commenter. Une version finale est prévue pour l'automne 2005.

Priorité 3 — Adapter et rehausser les services aux personnes âgées

Orientation 3.1 — Assurer l'accès à une gamme adéquate de services adaptés pour les personnes âgées

Pour l'année 2004-2005, le secteur CLSC de la Direction de la première ligne et de la réadaptation a poursuivi l'objectif d'augmenter le nombre des usagers différents desservis et le nombre d'interventions auprès des usagers. La comparaison des données avec celles de l'année précédente confirme une diminution de 10 % des usagers différents et une augmentation du nombre des interventions auprès de la clientèle. Bien que l'objectif du nombre d'usagers différents n'ait pas été atteint en PALV (perte d'autonomie liée au vieillissement), il convient de souligner que c'est au programme santé physique qu'il y a eu une augmentation de clientèle, les établissements ayant suivi l'orientation de cibler les mesures visant le désengorgement des urgences.

De plus, le secteur CLSC s'est donné comme objectif de définir et d'implanter une méthode de mesure du taux de réponse aux besoins de la clientèle. Une analyse est toujours en cours portant sur les données recueillies.

Au cours de 2004-2005, le conseil d'administration a adopté le *Cadre de référence auprès des résidences privées accueillant une clientèle âgée ou vulnérable*. Ce cadre définit la mise en place d'un registre régional, l'accréditation des résidences privées et le traitement des signalements. Le secteur CLSC de la Direction de la première ligne et de la réadaptation a contribué à l'implantation du cadre de référence et plus particulièrement pour ce qui est du traitement des signalements par les établissements. Ainsi, trente-neuf signalements ont été traités dans le but d'améliorer les services d'aide et d'assistance auprès de la clientèle affectée par une perte d'autonomie (de légère à sévère) et vivant en résidence privée.

L'Agence a de plus poursuivi sa stratégie pour adapter les services d'hébergement destinés aux personnes en perte d'autonomie, tout particulièrement celles en attente dans les lits d'hospitalisation. Réalisé en collaboration avec les CSSS de la région, le plan de développement prévoit les mesures suivantes :

- Transformer les mesures provisoires d'achats de places (dont certaines étaient en opération depuis près de cinq ans) en mesures permanentes de type « ressources non institutionnelles » (RI et RTF).
- Compenser le déficit de places dans les territoires les plus en manque en développant des places d'hébergement dans les installations existantes CHSLD.
- Réviser en profondeur la gestion de l'accès aux services d'hébergement, notamment par la décentralisation de la coordination des admissions.

Grâce à ces mesures, la moyenne des personnes en attente d'une place d'hébergement qui occupaient des lits d'hôpitaux a été réduite à 74 personnes en 2004-2005, alors que celle-ci atteignait entre 130 et 170 personnes au cours des deux années précédentes.

Orientation 3.2 Implanter des réseaux de services intégrés (RSI) pour assurer une prestation de soins et de services continue aux personnes âgées

Un comité composé de représentants locaux s'est formé en vue de poursuivre les travaux entrepris par l'Agence il y a quelques années. Plusieurs initiatives locales ont découlé des actions de ce comité, telle la création d'un RSI couvrant les deux CSSS de la grande sous-région de Longueuil.

Orientation 3.3 Assurer la qualité et l'évolution des pratiques et des interventions ainsi que l'adaptation des milieux de vie des personnes âgées

Assurer l'implantation des plans de services individualisés

Au cours de 2004-2005, le secteur CLSC de la Direction de la première ligne et de la réadaptation avait pour objectif de développer un programme de formation régional concernant les plans d'intervention. Ce programme comprend les outils visant à en faciliter l'application, soit un guide de gestion et un guide de pratique. L'élaboration du programme de formation est terminée et l'implantation du plan de formation est prévue pour l'automne 2005.

Améliorer les services en CHSLD

L'Agence a également maintenu ses efforts pour appuyer les établissements dans l'amélioration de la qualité de vie dans les CHSLD, notamment dans le cadre d'un programme régional de soutien pour le développement de l'approche « Milieux de vie en hébergement de longue durée ». De plus, des investissements additionnels ont été consentis afin de rehausser le niveau de services offerts dans les CHSLD de la région.

Priorité 4 — Garantir l'accessibilité aux services en santé mentale

Orientation 4.1 — Poursuivre la mise en réseau de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale

Pour l'année 2004-2005, le budget de développement en santé mentale jeunesse a permis de consolider la mise en place des équipes santé mentale en première ligne dans les CSSS pour atteindre 60 % des effectifs requis.

L'objectif principal dans la poursuite de la mise en place d'un réseau intégré est d'offrir une gamme plus étendue de services en CLSC tout en facilitant l'accès aux services spécialisés aux cas qui le requièrent.

D'un commun accord avec tous les partenaires et en lien avec le déploiement des ressources en première ligne, on note aussi une implantation graduelle du guichet unique dans tous les CLSC comme porte d'entrée pour toute demande de service en santé mentale des jeunes.

Orientation 4.2 — Assurer l'implantation des réseaux de services intégrés pour la clientèle adulte en santé mentale

Poursuivre la mise en place du plan de transformation des services de santé mentale

L'Agence a octroyé un montant de 2 508 167 $ récurrent à 3 762 500 $ pour la poursuite de la mise en place des réseaux intégrés des services destinés aux adultes aux prises avec des troubles mentaux graves.

Mettre en place les attentes administratives du MSSS en regard du suicide

Dans le cadre de l'actualisation du plan d'action montérégien pour la prévention du suicide, l'Agence a rencontré les membres des sept comités de coordination sous-régionaux de santé mentale pour assurer la mise en place du soutien dans la communauté aux personnes à potentiel suicidaire élevé et favoriser l'actualisation de ce plan d'action dans chaque territoire local.

Orientation 4.3 Poursuivre la mise en réseau de services intégrés en matière de suicide

Pour l'année 2004-2005, le secteur des Services spécialisés de réadaptation a soutenu le volet des services spécialisés offerts par les CJM à sa clientèle en traitement. Une somme de 78 000 $ annualisée a été investie afin d'appliquer un modèle de pratique pour la problématique du suicide relié à la mise en réseau des services intégrés en matière de suicide. Il reste à compléter la mise en place de ce réseau avec les CSSS/Santé mentale-jeunesse afin de rendre fonctionnel le continuum d'intervention de la prévention à la postvention.

Priorité 5 Garantir l'accès à des services spécialisés au bon moment

A. Garantir l'accès à des services hospitaliers

Orientation 5.1 Assurer l'accessibilité et la continuité des services hospitaliers généraux, spécialisés et surspécialisés

Assurer les services d'intervention initiale aux victimes d'agression sexuelle dans les centres désignés

L'Agence a octroyé un financement récurrent de 316 437 $ aux centres désignés de la Montérégie afin d'assurer l'intervention initiale, d'urgence et sur rendez-vous, pour les victimes d'agression sexuelle.

B. Garantir l'accès à des services spécialisés de réadaptation

Orientation 5.4 Offrir des services rapidement et un soutien approprié aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement

L'Agence a alloué une somme de 720 000 $ annualisée aux CRDI afin d'augmenter le nombre d'enfants recevant des services du Programme d'intervention comportementale intensive et 200 000 $ pour augmenter le nombre d'enfants d'âge scolaire recevant des services spécialisés. À la fin de l'année, 56 enfants recevaient des services de ce programme, selon une intensité de 15 heures par semaine, ce qui représente une augmentation de 21 enfants. De plus, les CRDI ont desservi 55 nouveaux usagers TED de 6 à 21 ans depuis le début de l'année et 6 nouveaux adultes TED.

31 mars 2004	31 mars 2005
35 enfants recevant de l'ICI	56 enfants recevant de l'ICI

Adapter et développer des services pour répondre aux différentes problématiques associées à la DI et aux TED

Afin de répondre à cet objectif, plusieurs actions ont été mises de l'avant cette année. L'une d'elles a été la mise en place d'un comité conjoint CRDI/CMR, coordonné par la DPLR afin d'harmoniser l'offre des services spécialisés aux personnes présentant un trouble envahissant du développement (TED). Les réalisations découlant de ce comité pour l'année sont :

- l'élaboration de plans d'action conjoints sous-régionaux pour favoriser la concertation et le suivi des activités en découlant;
- la constitution d'un comité clinique afin d'élaborer une programmation spécifique pour la clientèle TED sans DI.

Toujours dans le même but, l'Agence a financé plusieurs activités de formation au regard de la problématique des TED sans DI et au regard de l'intervention auprès des personnes présentant des troubles graves de comportement.

De plus, un cadre de référence pour l'organisation de services pour les personnes présentant une DI nécessitant des services d'hébergement et de soins de longue durée a été réalisé.

Développer des ressources résidentielles adaptées aux problématiques complexes

L'Agence a alloué une somme de 1 M$ pour le développement de ressources résidentielles adaptées aux problématiques complexes. Quatre-vingt-onze places en ressources intermédiaires ont été ajoutées.

31 mars 2004	31 mars 2005
25 ressources intermédiaires	51 ressources intermédiaires
92 places	189 places

Orientation 5.5 Améliorer, sur l'ensemble du territoire, l'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation en déficience physique

En déficience motrice, augmenter de 135 enfants le nombre d'usagers recevant des services spécialisés

On enregistre une augmentation de 358 enfants de plus que l'année précédente recevant des services.

Procéder au transfert de la bibliothèque de l'Institut Nazareth et Louis-Braille à la Bibliothèque Nationale du Québec afin d'assurer la diffusion des médias substituts (braille, sonore et gros caractères) à l'intérieur du réseau régulier des bibliothèques

À la satisfaction de toutes les parties concernées (établissements publics, organismes communautaires, organismes de défense des droits), le transfert des collections et du personnel s'est effectué au printemps 2005, en vue de l'ouverture de la Bibliothèque Nationale du Québec dans leurs nouveaux locaux, rue Berri, à Montréal, afin d'intégrer aux activités régulières de cet organisme public le prêt de collection et de documents adaptés aux personnes ayant une déficience visuelle ou perceptuelle.

Pour l'hébergement des enfants, désigner le Centre montérégien de réadaptation (CMR) pour accueillir des enfants et des adolescents ayant une déficience physique et nécessitant un hébergement

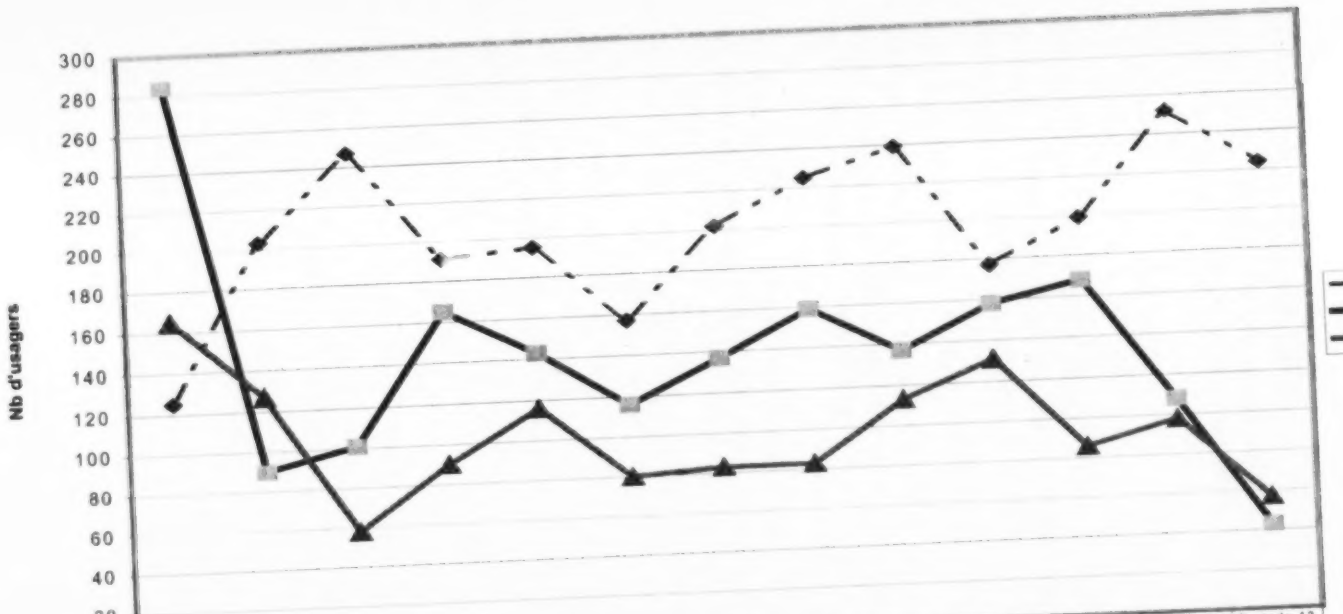
Le 17 juin 2004, le conseil d'administration de l'Agence désignait le Centre montérégien de réadaptation afin de mettre en place des ressources résidentielles substituts en déficience physique pour les enfants (0-18 ans) de la Montérégie, notamment ceux requérant des soins de santé importants. Le CMR a développé deux ressources non institutionnelles au cours de l'année (une ressource de type familial et une ressource intermédiaire) et conclu des ententes avec d'autres établissements, assurant ainsi l'hébergement de 42 enfants ayant une déficience physique.

Orientation 5.6 Assurer l'accessibilité et la continuité d'une gamme de services spécialisés aux jeunes en difficulté sur l'ensemble du territoire de la Montérégie

Soutenir les Centres Jeunesse de la Montérégie (CJM) dans l'atteinte des cibles nationales fixées par le Ministère à l'égard de l'accessibilité et de la continuité de services aux jeunes sous le couvert de la Loi de la protection de la jeunesse et de la Loi sur la justice pénale pour les adolescents

À cet effet, les CJM ont augmenté leur performance. En effet, on constate une diminution du nombre de jeunes en attente de services spécialisés ainsi qu'une réduction du temps d'attente. Malgré une augmentation du nombre de signalements reçus encore cette année, les CJM ont réussi à diminuer leurs listes d'attente à l'évaluation et à l'application des mesures ainsi que les délais d'attente. Les tableaux suivants démontrent la performance des CJM.

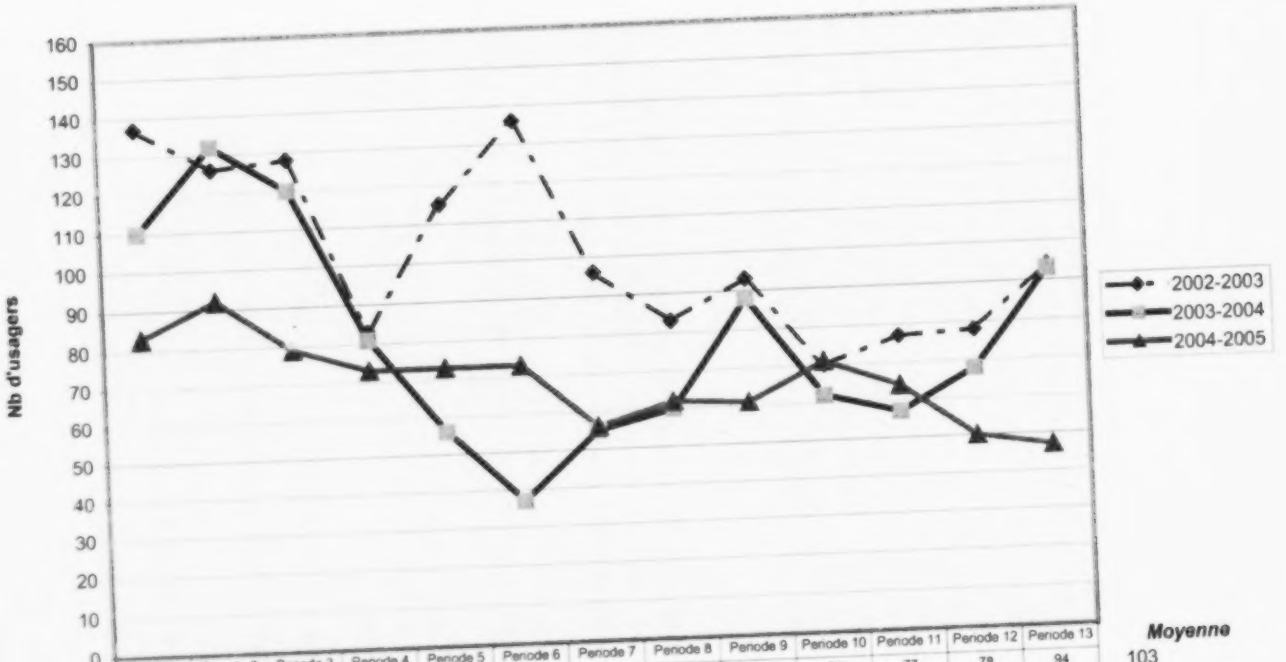
Liste d'attente à l'évaluation/orientation PJ



	Période 1	Période 2	Période 3	Période 4	Période 5	Période 6	Période 7	Période 8	Période 9	Période 10	Période 11	Période 12	Période 13	Moyenne	
2002-2003	125	203	247	191	195	157	202	225	239	177	199	252	224	198	
2003-2004	284	90	101	165	143	116	137	159	137	158	168	108	43	161	-19%
2004-2005	165	127	58	90	116	80	83	83	113	131	86	98	57	102	-37%

Périodes administratives

Liste d'attente à l'application des mesures PJ



	Période 1	Période 2	Période 3	Période 4	Période 5	Période 6	Période 7	Période 8	Période 9	Période 10	Période 11	Période 12	Période 13	Moyenne	
2002-2003	137	126	128	83	115	136	96	83	93	70	77	78	94	103	
2003-2004	110	132	120	81	56	37	55	60	68	62	57	68	93	82	-20%
2004-2005	83	92	79	73	73	73	56	62	61	71	64	50	47	71	-13%

Périodes administratives

Soutenir la création de carrefours sociomédicaux

L'Agence a accordé un financement récurrent de 90 000 $ au CSSS Pierre-Boucher, s'ajoutant au budget du projet PAAC nursing social pour l'implantation du Carrefour sociomédical jeunesse du grand Longueuil. Ce programme offre, sur les territoires du CSSS Pierre-Boucher ainsi que sur celui du CSSS Champlain, des services spécifiques à la clientèle âgée de moins de 18 ans victime de maltraitance (négligence grave, absence de soins, abus physique ou sexuel) ou ayant été agressée sexuellement.

Mettre en place des unités de traitement de services individualisés pour les jeunes filles et jeunes garçons, hébergés aux CJM sous le couvert de la LPJ, qui souffrent de problèmes de santé mentale et de troubles de comportement

L'Agence a appuyé la mise en place d'unités de traitement de services individualisés pour les jeunes filles et jeunes garçons hébergés aux CJM sous le couvert de la LPJ, qui souffrent de problèmes de santé mentale et de troubles de comportement. La mise sur pied de ces unités est en lien avec le projet d'implantation d'un réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale : *Grandir en Santé mentale en Montérégie*. Une évaluation de l'implantation de la première unité de traitement de services individualisés « La Source pour jeunes filles » est en cours. Cette unité de 8 places a permis à 15 jeunes filles de recevoir des services individualisés en 2004-2005. Une deuxième unité pour garçons est actuellement en cours d'implantation.

Orientation 5.7 Assurer l'implantation du réseau intégré en toxicomanie et consolider les services spécialisés en jeu pathologique

Faire connaître les services disponibles et accessibles aux joueurs et leur entourage ainsi qu'à l'ensemble des partenaires concernés par la problématique des jeux de hasard et d'argent

Une campagne régionale de promotion des services pour la conception et la diffusion d'outils publicitaires s'est déroulée en novembre et décembre 2004. On retrouve les éléments de cette campagne sur le site web de l'Agence.

En mars 2005, la campagne promotionnelle des services de 2e ligne se poursuit.

Implanter le projet du « Réseau Intégré Dépendances » dans la région du Suroît

En septembre 2004, l'Agence a mis en place le comité stratégique et par la suite, en mars 2005, a poursuivi des travaux pour la mise en réseau des services de 1re et 2e lignes.

Expérimenter un service régional de formation et de développement des compétences en matière de dépendances pour les intervenants francophones et anglophones

En mars 2004, une entente tripartite entre l'Agence et les deux centres de réadaptation, Centre Le Virage et Pavillon Foster, a été conclue.

Son implantation a débuté en septembre 2004 et, en mars 2005, le service régional de formation est devenu permanent.

Direction des affaires hospitalières et médicales

Mot du directeur des affaires hospitalières et médicales

La direction a concentré ses efforts principalement autour de l'amélioration de la performance de la mission hospitalière des CSSS, de notre centre hospitalier régional ainsi que du réseau préhospitalier d'urgence montérégien dans le but d'optimiser l'accès et la qualité des services offerts, et ce, malgré certaines limites de ressources.

Mentionnons, parmi nos travaux, l'élaboration de divers plans d'action en soutien à la programmation des soins et des services dans le réseau, la préparation et le suivi des allocations en santé physique, organismes et entreprises ambulancières, le suivi de la performance, la négociation de diverses ententes de services intrarégionales et interrégionales, et enfin, la planification et la gestion des effectifs médicaux. De plus, la direction s'est impliquée activement au soutien de l'implantation des CSSS et aux travaux sur l'élaboration des continuums de services dans le cadre des projets cliniques.

J'aimerais remercier l'ensemble du personnel de la direction pour son engagement et son travail de qualité.

Le directeur des affaires hospitalières et médicales,

K. Pecko

Krystyna Pecko

Activités particulières

Services préhospitaliers d'urgence et mesures d'urgence

L'Agence a poursuivi la formation des techniciens ambulanciers dans le cadre du programme d'administration des médicaments communément appelé PAMTA. À ce jour, plus de 75 % des techniciens ambulanciers de notre région ont été formés et sont habilités à administrer cinq médicaments, soit le salbutamol, la nitroglycérine, le glucagon, le ventolin et l'épinéphrine.

Dans le cadre des travaux provinciaux sur l'amélioration des horaires de travail des techniciens ambulanciers, la Montérégie s'est vu accorder en 2004-2005 des crédits additionnels pour améliorer la couverture ambulancière du territoire. Deux véhicules ambulanciers additionnels ont été accordés, soit un pour la zone ambulancière de Marieville et un pour la zone de Varennes.

Priorité 2 ▸ Développer une première ligne incontournable

Orientation 2.1 Améliorer l'accessibilité et la continuité des services médicaux et de santé physique de première ligne

Accréditation de 25 GMF : 20 GMF sont accrédités, 4 sont en attente d'accréditation (3 sur le territoire du CSSS Richelieu-Yamaska, un à l'Hôpital Charles LeMoyne et un est toujours en préparation). Les projets d'offres de service en attente ont été analysés et proposés par le DRMG. Par ailleurs, le MSSS demande des modifications auxquelles les équipes ne peuvent actuellement répondre. Des discussions avec le MSSS sont entreprises afin de réexaminer la gestion des GMF et l'allocation de ressources. Quatre-vingt-dix-sept mille personnes étaient inscrites auprès des médecins en GMF en Montérégie, au 31 mars.

Priorité 5 — Garantir l'accès à des services spécialisés au bon moment

A. Garantir l'accès à des services hospitaliers

Orientation 5.2 — Optimiser le fonctionnement des services d'urgence

S'assurer que chaque mission hospitalière dépose un plan d'action pour son urgence

L'objectif est atteint. Les plans ont été déposés à l'Agence et les activités sont en cours.

Le pourcentage de patients sur civière qui séjournent plus de 48 heures en Montérégie, devrait être de 8 %

L'objectif a été atteint partiellement, soit à 70 %. Cela signifie que le pourcentage est passé de 11,97 % à 9,2 %.

La durée moyenne de séjour des patients sur civière devrait être de 16,4 heures

L'objectif n'a pas été atteint. Toutefois, on note une diminution de 1,1 heure de la durée de séjour sur civière.

Orientation 5.3 Améliorer l'accès aux services hospitaliers en oncologie et en dialyse rénale et réduire les délais d'attente pour certains services spécifiques

Améliorer l'accès à certains services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches

En 2004-2005, toutes les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer ont pu augmenter leur offre de service psychosociale et de nutrition grâce à un financement régional. Le soutien psychosocial des participantes au PQDCS est maintenant offert par ces équipes. Les démarches pour améliorer l'accès aux services de radio-oncologie se sont aussi poursuivies (travaux pour l'ouverture du service à l'Hôpital Charles LeMoyne, corridors de services avec les autres régions et remboursement aux patients devant se déplacer). Depuis peu, les Montérégiens ont aussi accès aux services d'une clinique d'oncologie génétique au centre hospitalier régional.

Consolider le travail interdisciplinaire et les liens fonctionnels entre les équipes

Les démarches de planification entreprises dans le cadre des continuums d'intervention ont permis de mettre en évidence les relations étroites qui devront être mises en place dans chacun des milieux pour assurer des services cohérents entre les membres de l'équipe, entre les équipes et avec les partenaires locaux (médecins de famille, dépistage, traitement, soins palliatifs). Différents éléments de continuité et de travail interdisciplinaire ont continué à être implantés de façon graduelle dans les différents CSSS.

Pour améliorer de façon continue la qualité des services offerts aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, poursuivre les activités de soutien et de formation du Réseau Cancer Montérégie

L'année 2004-2005 a permis d'élargir de façon importante le nombre de services qui sont maintenant soutenus de façon continue par les interventions du Réseau Cancer Montérégie. Les activités de formation, de formation continue et de réseautage entre les intervenants travaillant auprès des personnes atteintes de cancer s'étendent maintenant aux oncologues, aux pharmaciens, aux chirurgiens, aux nutritionnistes et aux responsables des soins palliatifs. Les travaux de recherche visant l'implantation d'un registre régional des tumeurs en Montérégie se sont poursuivis et devraient permettre la mise en place d'un projet régional visant l'implantation du registre régional et des registres locaux de cancers au cours de l'année à venir.

Orientation 5.3.1 Personnes nécessitant des services de dialyse rénale

Pour l'année 2004-2005, le secteur des Affaires hospitalières devait poursuivre le développement des services de prédialyse déjà amorcé en 2003-2004 afin de ralentir le processus d'entrée en dialyse chez les insuffisants rénaux. Malgré la disponibilité de ces services dans seulement quatre des six centres de dialyse, les services de prédialyse dispensés aux insuffisants rénaux par une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière clinicienne, pharmacien, diététiste, travailleur social) ont augmenté de 7,8 % pour un volume total de 594 patients suivis en prédialyse.

D'autre part, le secteur des Affaires hospitalières, dans un souci d'accessibilité de la clientèle aux services de dialyse près de leur lieu de résidence, a prévu soutenir et financer le développement de l'ensemble des centres de dialyse et particulièrement de l'unité de dialyse du Centre hospitalier régional du Suroît. Un budget additionnel de 897 597 $ a été réparti entre cinq centres de dialyse et a permis d'accueillir de nouveaux dialysés. Le volume de traitements en dialyse en 2004-2005 s'est accru de 1,73 % pour un volume total de 471 dialysés en Montérégie, avec un maintien du nombre de nouveaux greffés à 21 pour l'année encourue.

De plus, le secteur des Affaires hospitalières devait poursuivre le développement de l'unité satellite de néphrologie de l'Hôpital Charles LeMoyne. Un financement additionnel a permis à 14 patients de bénéficier des services de dialyse dans un environnement hors hospitalier, avec une occupation du service extra mural de 44 patients sur une capacité maximale de 60.

Orientation 5.3.2 Réduction des délais d'attente pour certains services

À la suite de l'implantation des systèmes d'information web (production-liste d'attente), améliorer et uniformiser les renseignements des différents centres

Une analyse des écarts avec Med-Echo et un suivi auprès des centres ayant un écart entre Gestred et Med-Echo trop important ont été réalisés. Des spécifications ont été élaborées et diffusées afin de permettre cette uniformisation.

Réduire les listes d'attente et hausser la production

À la suite de la répartition de 6,6 M$, la production s'est accrue au-delà de la cible prévue. En effet, la cible régionale de 2004-2005 était de 53 821 chirurgies; 59 706 chirurgies ont été réalisées au cours de cette année selon les renseignements disponibles.

Quant aux listes d'attente, elles augmentent plus vite que la production. Cependant, le nombre de patients au-delà des délais acceptables est moindre qu'en 2003-2004, notamment en hémodynamie.

Produire un plan d'action associé aux activités chirurgicales

Une démarche visant à convenir d'un plan d'action en chirurgie a été réalisée; les diverses unités des centres ont été visitées.

Mesures essentielles

Investir dans les technologies et immobilisations

Orientation 3 Soutenir le développement de la télésanté

Élaborer un document d'orientation de la télésanté en Montérégie

Les orientations seront déposées au comité de direction, en mai 2005.

Déployer le suivi de clientèle intelligent à domicile en Montérégie

Au cours de l'année 2004-2005, l'Agence a maintenu le déploiement du suivi de clientèle intelligent à domicile en Montérégie.

Département régional
de médecine générale

Mot du chef du Département régional de médecine générale

Nous poursuivons notre objectif de promouvoir le modèle GMF (groupe de médecine de famille) en Montérégie. Un objectif de trente GMF dans un premier temps n'est pas atteint mais nous sommes fiers de voir vingt GMF accrédités et quatre en cheminement d'accréditation.

La prise en charge et la continuité des soins pour tous les citoyens et particulièrement pour ceux qui présentent un problème de santé chronique sont, pour le DRMG, un objectif primordial et prioritaire.

Le DRMG a géré le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique et a atteint les objectifs de recrutement fixés par le Ministère, à savoir 24 nouveaux facturants et 22 transferts provenant d'autres régions. Nous nous sommes préoccupés de la répartition intrarégionale de ces nouveaux effectifs afin que l'accessibilité et la continuité de soins de première ligne dans la population soient équitables.

Un travail important a été effectué par le DRMG pour gérer les activités médicales particulières (AMP) de niveaux I à IV et définir des AMP de niveaux V et VI qui permettront, entre autres, un meilleur accès pour les clientèles vulnérables et les populations rurales plus isolées.

Le DRMG a révisé son règlement interne et a agencé la représentation du comité de direction du DRMG dans la région en affectant chacun des représentants au DRMG à un réseau local de services, soit un représentant pour chacun des 11 réseaux locaux montérégiens. Cette harmonisation de la représentativité nous a permis de créer, dans notre plan d'organisation, des comités locaux qui seront, dans chaque territoire, la continuité du DRMG.

Nous avons tenu, le 8 février 2005, une assemblée générale du DRMG regroupant plus de cent médecins et des directeurs des réseaux locaux de services. Nous y avons réfléchi sur l'implication des médecins dans un modèle de prise en charge intégrée permettant de mieux répondre aux besoins des populations de chaque réseau local de services.

Nos objectifs pour 2005 sont de mieux intégrer les activités de première ligne en lien avec les partenaires du réseau pour que les patients qui se présentent en première ligne médicale dans les cabinets privés, les GMF et les CLSC, puissent mieux bénéficier de la richesse des ressources du réseau montérégien.

Le chef du Département régional de médecine générale,

Laurent Marcoux

Priorité 2 — Développer une première ligne incontournable

Orientation 2.1 — Améliorer l'accessibilité et la continuité des services médicaux et de santé physique de première ligne

Répartir les effectifs médicaux selon les besoins des établissements et des territoires

Le MSSS a accordé un ajout brut de 46 médecins dont 24 sont des nouveaux facturants et 22 proviennent d'autres régions. Les 24 nouveaux facturants ont été recrutés et 2 médecins provenant d'autres régions ont décidé de s'installer en Montérégie. Des efforts importants ont été mis dans la gestion du plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique pour répartir équitablement les effectifs dans un contexte de pénurie actuelle et pour que chaque territoire reçoive des ressources médicales appropriées.

Donner un meilleur accès aux soins de première ligne

Le DRMG a défini des activités médicales particulières pour permettre un meilleur accès et une continuité des soins de première ligne, entre autres par la création de 21 réseaux d'accessibilité aux soins généraux (RASG) comprenant 22 cliniques médicales, 2 CLSC et 6 GMF qui offrent des services en horaire défavorable. Un centre médical, 4 CLSC et 1 GMF constituent pour leur part des RASG en secteur isolé. Le DRMG a aussi accordé des AMP pour la prise en charge et le suivi des clientèles des milieux ruraux isolés pour mieux soutenir la réponse aux besoins de ces clientèles particulières.

Créer des comités locaux représentatifs des médecins du territoire de la Montérégie pour assurer le suivi des orientations et des mandats du DRMG au niveau local, pour représenter et acheminer les besoins du milieu au CSSS et à l'Agence

Onze comités locaux seront constitués, représentant chacun un territoire de CSSS de la Montérégie. Deux comités locaux sont déjà fonctionnels.

Direction associée des ressources humaines

Mot du directeur associé des ressources humaines

L'année 2004-2005 aura été marquée par les profondes transformations de nos organisations dans la foulée de la création des onze centres de santé et de services sociaux. Les défis de gestion des ressources humaines soulevés par ce changement sans précédent sont de plusieurs ordres. Ils touchent notamment la planification de la main-d'œuvre et le développement des nouvelles compétences associées à une gestion clinique et administrative renouvelée et à de nouveaux modèles d'organisation du travail visant l'amélioration de l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à la population.

Les réorganisations administratives qui ont marqué les nouveaux établissements ont affecté de façon toute particulière les hors cadres et les cadres supérieurs. Afin de soutenir ces derniers au sein de ces nouvelles entités organisationnelles, l'Agence a organisé des sessions d'aide à la décision sur la carrière, incluant la possibilité d'un coaching individuel. Ce programme a été grandement apprécié par le personnel d'encadrement comme le démontre le taux de participation de 45 %.

Plutôt que d'avoir recours aux mesures de stabilité d'emploi, la majorité des établissements a fait le choix d'une approche favorisant l'optimisation de la contribution de chacun des cadres à la transformation du réseau. La plupart des cadres concernés par les mouvements de main-d'œuvre ont donc été replacés. Pour les hors cadres, la situation se décline différemment puisque dix-huit d'entre eux bénéficieront des mesures de stabilité d'emploi et onze ont été replacés.

Au chapitre du développement des compétences, l'Agence a soutenu la mise en place des réseaux locaux de services par une offre de formation régionale adaptée à l'émergence de nouvelles pratiques de gestion. Ces activités, qui ont rejoint 1 266 cadres, abordaient les thèmes de l'approche populationnelle, la gestion en réseau de services, la mobilisation du personnel en période de transformation et la gestion du changement. Le développement de nouvelles pratiques professionnelles du personnel clinique a également été appuyé par de nombreuses formations. Au total, plus de 2 000 personnes, dont des partenaires du réseau et des décideurs des organismes communautaires, auront bénéficié d'une formation organisée par l'Agence.

Dans le cadre des travaux de planification de la main-d'œuvre, un portrait régional de la répartition des effectifs cadres et salariés a été réalisé au cours de l'année, de même qu'un portrait par centre de santé et de services sociaux, par ex-établissement ainsi que pour chaque établissement régional. Cette démarche a permis de dégager des zones de vulnérabilité locales et régionales et servira de base de travail à la réalisation, de concert avec les établissements, de plans d'action régionaux et locaux visant à minimiser les impacts des pénuries anticipées.

Afin d'assurer une coordination plus formelle des stages en milieu clinique, l'Agence a mis en place des instances de concertation entre le milieu de la santé et des services sociaux et celui de l'enseignement (secondaire, collégial et universitaire). Un comité régional et sept comités territoriaux par desserte de cégep ont été mis en place afin d'éviter que la non-disponibilité de places de stages n'agisse comme effet de contingentement dans les différents programmes de formation du domaine de la santé et des services sociaux au sein de nos écoles d'enseignement.

En matière de présence au travail, la région a atteint les objectifs fixés par le Ministère. La performance de la Montérégie est le fruit des efforts concertés des établissements et de l'Agence au cours des dernières années.

Dans son mandat de gestion du système d'information en ressources humaines au bénéfice de l'ensemble du réseau de santé et de services sociaux, la Direction associée des ressources humaines a terminé l'implantation du système dans toutes les régions du Québec. À cet effet, plusieurs indicateurs ressources humaines ont été élaborés et implantés à l'application.

L'année 2004-2005 a été une année axée sur le soutien aux établissements face aux défis de gestion des ressources humaines auxquels le réseau sera confronté au cours des prochaines années. Nos efforts s'intensifieront en 2005-2006 autour d'enjeux relatifs à la disponibilité des ressources humaines et au développement des compétences cliniques et de gestion, dans le cadre de la révision de l'offre de service de santé et de services sociaux découlant des projets cliniques élaborés et actualisés par les CSSS.

Le directeur associé des ressources humaines,

Philippe Benoit

Mesures essentielles

Assurer la disponibilité et la qualité des ressources humaines

Orientation 1

Assurer un niveau optimal de recrutement, de rétention et d'utilisation des effectifs cadres et salariés

Pour l'année 2004-2005, le secteur des Ressources humaines réseau devait développer un moyen de connaître l'état actuel des effectifs. Le portrait régional de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie a donc été réalisé et sera publié en mai tout comme le portrait de la main-d'œuvre des onze centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des huit établissements régionaux. Cet outil permettra à chaque établissement d'identifier les problématiques spécifiques et ainsi cibler les interventions visant à remédier aux pénuries actuelles d'effectifs anticipées et permettra une analyse de l'utilisation des effectifs cadres et salariés. Le portrait régional de la main-d'œuvre sera disponible sur le site Internet de l'Agence en mai 2005.

Orientation 2

Assurer le développement des compétences du personnel cadre et salarié afin de le soutenir dans la réalisation de la transformation des soins et services, la réorganisation du travail et le renouvellement des pratiques professionnelles et de gestion

Pour l'année 2004-2005, l'Agence devait soutenir et aider les directions d'établissements ainsi que leurs cadres en regard du défi collectif de l'implantation de la Loi 25. La nouvelle réglementation concernant le harcèlement psychologique constituait également une autre priorité pour l'Agence. L'Agence a offert aux 1 200 gestionnaires des établissements de la Montérégie un programme de développement des compétences axé sur la Loi 25, le harcèlement psychologique et autres thématiques reliées à la gestion des ressources humaines. Le programme a permis la réalisation de 43 activités de développement des cadres qui ont rejoint 1 266 participants.

De plus, les décideurs des organismes communautaires de la région ont bénéficié de formations offertes aux membres de leurs conseils d'administration (27 sessions qui ont rejoint 227 participants) et 16 directrices générales ont terminé avec succès le programme de formation en gestion de l'Université de Sherbrooke d'une durée de 20 jours.

BILAN RÉGIONAL 2004-2005

CSSS	Thème	Sessions régionales	Sessions maison	Durée	Nombre de cadres - sessions régionales	Nombre de cadres - sessions maison
La Pommeraie	Développement des cadres		4	2		48
La Pommeraie	Colloque régional qualité	1		1	150	
La Pommeraie	Relève des cadres (projet)		1	1		12
De la Haute-Yamaska	Groupe de codéveloppement		2	1		24
De la Haute-Yamaska	Groupe de codéveloppement		1	1		12
De la Haute-Yamaska	Relève des cadres (projet)		1	1		12
De la Haute-Yamaska	Sessions priorités		1	1		15
Haut-Richelieu/Rouville	Prévenir le harcèlement psychologique		1	2		13
Haut-Richelieu/Rouville	Prévenir le harcèlement psychologique		1	2		13
Haut-Richelieu/Rouville	Prévenir le harcèlement psychologique		1	2		19
Haut-Richelieu/Rouville	Prévenir le harcèlement psychologique		1	2		19
Haut-Richelieu/Rouville	Développement des cadres		1	1		18
Jardins-Roussillon	Approche populationnelle		1	0,5		66
Jardins-Roussillon	Délégation et gestion des priorités		1	1		12
Jardins-Roussillon	Délégation et gestion des priorités		1	0,5		5
Jardins-Roussillon	Délégation et gestion des priorités		1	1		14
Jardins-Roussillon	Délégation et gestion des priorités		1	1		5
Jardins-Roussillon	Délégation et gestion des priorités		1	1		33
Jardins-Roussillon	Développement des cadres		1	3		36
Jardins-Roussillon	Relève des cadres (projet)		1	4		48
Richelieu-Yamaska	Approche populationnelle		1	0,5		102
Richelieu-Yamaska	Gestion de la présence au travail		1	3		36
Champlain	Approche populationnelle		1	0,5		45
Haut-Saint-Laurent	Approche populationnelle		1	0,5		33
Vaudreuil-Soulanges	Comment prioriser et mieux gérer mon temps		1	2		12
Vaudreuil-Soulanges	Gestion de la présence au travail		1	3		20
Établissements régionaux	Développement des cadres		1	2		24
	Approche populationnelle		1	0,5		20
	Gérer en réseaux		1	1		20
Activités régionales	Gestion de carrière (cadres supérieurs)	6		1	70	
(par l'Agence)	L'intensité des soins	1		1	150	
	Le coaching	1		2	20	
	Gestion des priorités	1		2	20	
	L'approche populationnelle	1		1	120	
Total		**11**	**32**		**530**	**736**
Grand total		**43**			**1 266**	

Dans la période actuelle de changement, le développement des compétences du personnel du réseau prend toute son importance en tant que levier vers l'amélioration continue de la performance tout en ayant des répercussions sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. En ce sens, plus d'une cinquantaine de cohortes de formation ont été offertes dans l'ensemble des programmes clientèle et ont rejoint 2 167 personnes. Des programmes novateurs de formation, présentant des impacts positifs sur l'organisation des services, ont été implantés, notamment pour les soins des plaies, les gestionnaires de cas et les troubles du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH).

Outre le soutien du secteur des Ressources humaines au développement des compétences génériques des cadres, ces derniers ont également bénéficié de formations en lien avec de nouvelles pratiques de gestion à mettre en place à l'intérieur même des programmes clientèle ou dans le cadre de la gestion du changement liée à l'implantation des réseaux locaux de services. Les thématiques de la conduite du changement, la gestion d'un réseau local au quotidien et les communications stratégiques en période de changement ont été abordées.

Nous avons également investi dans le développement de contenus prioritaires au niveau des programmes clientèle et élaboré des outils pour assurer le transfert des apprentissages dans les milieux ciblés.

Les résultats des activités de formation sont présentés dans les tableaux synthèses suivants :

Plan de services individualisé (PSI)	• Contenu révisé en fonction du nouveau cadre de référence et de la réalité de l'implantation des réseaux locaux de services • Mise en place d'une équipe régionale de formateurs • Guide d'animation pour les formateurs • Outils cliniques révisés • Guide d'animation de la démarche clinique • Deux contenus de sessions développés ◆ Sensibilisation-information ◆ Démarche clinique pour cliniciens experts • Révision de la stratégie de soutien aux cliniciens experts et stratégie de formation régionale
Trouble de déficit de l'attention/ Hyperactivité (TDAH)	• Mise en place du Plan d'action montérégien pour l'implantation d'un nouveau programme de formation conjointe MEQ-MSSS • Adaptation du contenu provincial • Mise en place d'une équipe régionale de formateurs • Contenu régional développé en lien avec les clientèles ciblées • Guide d'animation
Gestion de cas/réseau intégré de services dans le continuum perte d'autonomie liée au vieillissement	• Adaptation du contenu régional de formation • Mise en place d'une équipe régionale de formateurs • Collaborations extrarégionales (trois régions) • Implantation et mise à niveau des territoires
Santé respiratoire MPOC	• Mise en place d'une équipe de formateurs régionaux • Adaptation du contenu régional de formation en vue d'offrir les neuf modules MPOC
Traitement des plaies	• Mise en place d'une structure régionale de formation • Formation de multiplicateurs pour chacun des établissements

Le secteur de la formation réseau a poursuivi son engagement dans les dossiers de formation en lien avec les priorités nationales, régionales et locales et a soutenu les diverses clientèles ciblées dans chacun des programmes.

Déficience intellectuelle TED-Autisme	• Mise sur pied d'un comité régional de formation dans le but d'harmoniser les formations et d'élaborer les priorités en matière de TED-autisme
Formations régionales Pédagogie	• Soutien pédagogique aux formateurs en vue d'assurer le transfert des apprentissages
Jeunes en difficulté – PNF	• Arrimages de contenus entre le Programme national de formation (PNF) et le PSI
Perte d'autonomie liée au vieillissement – Outil d'évaluation multiclientèle	• Formation continue • Suivi des mises à jour de l'outil • Encadrement de l'équipe régionale de formateurs et soutien aux coachs
Champ de pratique professionnelle	• Formation spécifique aux médecins, infirmières auxiliaires et technologistes médicaux dans le cadre de la Loi 90
Santé mentale adulte	• Programme de formation en prévention du suicide
Violence	• Formation en intervention médicosociale et médicolégale complétée • Formation sur l'entente multisectorielle offerte aux partenaires de l'intersectoriel (éducation, CPE)

BILAN ANNUEL DES FORMATIONS RÉSEAU 2004-2005			
Programme clientèle ou autres activités de développement	**Titre de la session**	**Total des participants**	
		par session	**Par programme**
Gestion du changement Clientèle cible : gestionnaires et responsables des communications	Communications en période de changement	25	
	Conduite du changement	52	
	Gérer un réseau local au quotidien	52	**129**
Déficience intellectuelle TED-autisme Clientèle cible : intervenants des CRDI, intervenants des organismes communautaires, intervenants des équipes Santé mentale Jeunesse CLSC, parents – grands-parents et famille	Personne présentant un TEDSDI et son projet de vie	99	
	L'autisme et les autres troubles envahissants du développement – une sensibilisation	42	
	Une personne autiste dans la famille	14	
	Le fonctionnement interne de l'autisme	15	
	Atelier de développement des habiletés sociales	30	
	Personne TED sans DI	125	
	Intervenir auprès des enfants opposants	11	
	Autisme et adolescence	69	
	La personne présentant un TEDSDI et son projet de vie	185	
	Détection des manifestations TED et de ses comorbidités	36	**626**
Formations régionales Clientèle cible : formateurs régionaux	Formation en pédagogie	30	**30**
Interventions universelles Clientèle cible : intervenants jeunesse des CLSC, infirmières ciblées dans chacun des établissements	Ambivalence de grossesse	10	
	Traitement des plaies	200	**210**
Lutte contre le cancer Clientèle cible : travailleurs sociaux	Intervention psychosociale	35	
	Suivi d'intervention	26	**61**
Jeunes en difficulté Clientèle cible : cliniciens experts	Processus d'élaboration du PSI	12	
	Pilote expert	21	**33**
Perte d'autonomie liée au vieillissement Clientèle cible : intervenants gestionnaires de cas, intervenants des établissements responsables d'évaluer la clientèle	Gestion de cas	31	
	Outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC)	158	
	Outil multiclientèle – Démarche évaluation de la qualité	17	
	Formation des coachs OÉMC	38	**244**
Planification de la main-d'œuvre Clientèle cible : DRH des établissements et conseillers RH – médecins – technologistes médicaux – infirmières auxiliaires	1-2-3 go! PMO	14	
	Loi 90	21	
	Loi 90 – Infirmières auxiliaires	463	
	Loi 90 – Technologistes médicaux	34	**532**

BILAN ANNUEL DES FORMATIONS RÉSEAU 2004-2005			
Programme clientèle ou autres activités de développement	**Titre de la session**	**Total des participants**	
		par session	**par programme**
Santé mentale adulte Clientèle cible : intervenants des organismes communautaires et des CLSC	L'autre côté de la pilule	20	
	Prévention du suicide : Troubles de personnalité limite	20	
	Suivi auprès des personnes endeuillées	16	
	Stratégies cognitivo-comportementales	17	**73**
Violence Clientèle cible : intervenants des centres désignés, des CLSC et des organismes communautaires, commissions scolaires et centres de la petite enfance	Intervention auprès des victimes d'agression sexuelle	49	
	Entente multisectorielle	180	**229**
NOMBRE TOTAL DE PARTICIPANTS			**2 167**

Orientation 3 Accroître le niveau de présence au travail

En matière de gestion régionale de la présence au travail, l'Agence de la Montérégie s'est fixé comme objectif de cibler les établissements qui éprouvaient des difficultés dans la gestion de ce dossier. Notamment, elle a offert à ces établissements un service-conseil spécialisé pour l'analyse des cas d'absences lourds et répétitifs : 53 dossiers ont été analysés et des recommandations ont été formulées aux établissements concernés. Globalement, la Montérégie s'affiche en fin d'année 2004 comme étant une région des plus performantes en matière de gestion de la présence au travail. L'objectif du Ministère a été atteint.

Orientation 4 Renforcer l'implication et la mobilisation du personnel cadre et salarié

L'Agence de la Montérégie considère le dossier de la mobilisation du personnel cadre et salarié comme étant une priorité dans le contexte du défi collectif de réaliser les réseaux locaux de services. En effet, la Direction de l'Agence, lors de ses rencontres d'information auprès des membres des conseils d'administration et des directeurs généraux des établissements, insistait sur l'importance d'associer et de mobiliser les cadres et les salariés afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services. Des sessions sur le leadership mobilisateur ont aussi été organisées à l'intention des cadres. Un projet de plan d'action régional a été élaboré et il fera l'objet d'une consultation en 2005-2006.

Direction associée des finances,
des immobilisations et des technologies

Mot de la directrice associée aux finances, immobilisations et technologies

Au cours de l'exercice 2004-2005, l'ensemble des intervenants de l'équipe de la DAFIT a eu à s'impliquer activement dans les changements découlant de la fusion des établissements en centres de santé et de services sociaux.

Dans le secteur des Ressources financières réseau, compte tenu du nouveau mode d'allocation, des budgets par programme service et soutien ont été élaborés et présentés aux représentants de chacun des établissements. Dans le contexte de la création des CSSS, les membres de l'équipe ont collaboré avec les établissements pour faciliter leur réorganisation financière.

Dans le secteur des Ressources immobilières, le nouveau cadre de gestion en immobilisation du Ministère a été mis en application. Cette année, l'enveloppe de maintien des actifs immobiliers a été rehaussée par le Ministère, passant de 3,3 millions $ à 8,9 millions $. Dans le cadre du programme de rénovation fonctionnelle en CHSLD, le secteur a priorisé et recommandé au Ministère les besoins régionaux prioritaires qui se sont concrétisés par des annonces publiques de subventions; ces projets sont en cours de réalisation. Le projet de réhabilitation du Pavillon Honoré-Mercier s'est poursuivi et a requis un suivi régulier. De plus, le secteur a collaboré avec la santé publique aux relevés dans les hôpitaux dans le cadre de l'élaboration du Plan d'action régional sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (SRAS et Clostridium difficile).

Le Groupe biomédical Montérégie, service autofinancé de consultation, a contribué à plusieurs projets d'envergure en plus de ses nombreux projets réguliers réalisés pour plus de 80 établissements du réseau :

- participation au projet de réhabilitation du Pavillon Honoré-Mercier du RSRY;
- planification des projets PACS-RUIS pour le MSSS;
- planification dans le projet de construction de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme;
- participation au projet de centre ambulatoire du Centre hospitalier Pierre-Boucher;
- responsable du projet « Valeur de remplacement des actifs du réseau ».

Je remercie tous et chacun pour l'énergie déployée et pour l'excellent travail d'équipe et de collaboration qui a prévalu au cours de cette période de changement.

La directrice associée des finances, des immobilisations et des technologies

Gynette Caillé

Mesures essentielles ▶ **Investir dans les technologies et immobilisations**

Orientation 1 — Assurer un rattrapage et une équité dans le financement des actifs capitalisables

Maintien des actifs immobiliers

Le secteur de la Gestion immobilière réseau devait mettre en place la procédure prescrite au nouveau cadre de gestion du Ministère en matière d'immobilisation. Le nouveau cadre de gestion a donc été implanté. L'enveloppe budgétaire pour le maintien des actifs immobiliers a été rehaussée cette année de 171 %.

Maintien des actifs immobiliers	
Enveloppe 2003-2004	3 290 099 $
Enveloppe 2004-2005	8 909 069 $
Augmentation	5 618 970 $

Rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD 2004-2005

Le secteur de la Gestion immobilière réseau devait collaborer avec le Ministère afin d'identifier des projets dans le cadre du programme de rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD. Une liste des projets prioritaires a été soumise au Ministère correspondant à la subvention de 4 687 493 $ accordée à la Montérégie. En cours d'année, des annonces publiques ont été faites aux établissements.

Rétrocession des baux de location d'immeubles

Pour se conformer à une directive du Ministère, le secteur de la Gestion immobilière réseau devait procéder à la rétrocession des baux de location d'immeubles ainsi qu'à l'allocation des crédits régionaux de 12 369 061 $ y étant associée. Les budgets de l'ensemble des établissements ont été confirmés par lettre. L'opération de rétrocession des baux de location est maintenant complétée.

Orientation 2 — Adapter les immobilisations aux nouvelles façons de faire

Réaménagement et agrandissement des urgences

À la demande du Ministère, le secteur de la Gestion immobilière réseau devait piloter un comité ad hoc afin d'établir le programme final des travaux d'agrandissement et de rénovation de l'urgence du Centre hospitalier de Granby. Au terme du travail de ce comité, le ministre annoncera, le 8 avril 2005, la mise à l'étude du projet évalué à 17 467 000 $ faisant passer le nombre de civières de 11 à 23.

Deux autres projets de réaménagement et d'agrandissement d'urgence, déjà à l'étude, ont cours dans notre région, soit celui du Centre hospitalier Anna-Laberge du CSSS Jardins-Roussillon au montant de 6 113 000 $ et celui de l'Hôpital Charles LeMoyne au montant de 18 500 000 $. Le secteur de la Gestion immobilière réseau accompagne les établissements et émet les autorisations requises pour le suivi de ces dossiers.

Intensification des services ambulatoires du Centre hospitalier Pierre-Boucher du CSSS Pierre-Boucher

Le secteur de la Gestion immobilière réseau devait recommander l'étape de l'octroi de contrat pour la construction de l'agrandissement du Centre hospitalier Pierre-Boucher. Faisant suite à notre recommandation, le 17 juin 2004, le ministre autorisait le rehaussement budgétaire du projet qui passait alors de 45 994 000 $ à 52 549 000 $ permettant ainsi l'octroi du contrat de construction.

Centre de cancérologie de la Montérégie à l'Hôpital Charles LeMoyne

Ce projet majeur évalué à 53 801 000 $, à l'étape concept, consiste en un agrandissement de l'Hôpital Charles LeMoyne afin d'y loger les services de radiothérapie pour la Montérégie et comprend 6 accélérateurs et 2 salles de curiethérapie. Le secteur de la Gestion immobilière a recommandé au Ministère l'étape concept du projet.

3. Éléments d'information portant sur les organismes communautaires subventionnés par l'Agence

3.1 État de situation sur l'exercice du contrôle de conformité et du respect des règles et des normes

L'Agence a procédé à l'analyse des demandes de subvention à partir des informations exigées et des critères d'admissibilité et d'analyse du Programme SOC (PSOC) et a attribué les budgets en conformité aux règles et aux conditions rattachées à ce même programme, et ce, telles qu'édictées dans le cadre de gestion du Ministère.

3.2 Principaux renseignements ayant trait aux organismes communautaires

En avril 2005, la Direction de la première ligne et de la réadaptation, secteur Réseau communautaire, en collaboration avec la Direction de santé publique de l'Agence, publiaient le « Portrait des organismes communautaires et bénévoles œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux en Montérégie » (disponible sur le site Internet de l'Agence).

Ce portrait repose, en grande partie, sur les données disponibles à l'Agence provenant des renseignements fournis par les organismes communautaires et bénévoles. Il s'agit de données administratives issues de documents exigés pour la reddition de comptes des organismes, du formulaire de demande de subvention au PSOC (volet mission globale) et d'une grille de collecte de données validée par les responsables des organismes.

Cette étude présente tout d'abord les principes, les valeurs, les approches et les enjeux qui animent les organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie. Une analyse descriptive nous dévoile également leur implication dans plusieurs types d'activités et dans le développement des communautés. Les ressources financières et la capacité de mobilisation des organismes communautaires et bénévoles y sont aussi traitées. La dernière section du document présente les caractéristiques particulières par territoire de CSSS. Il s'agit de faits saillants qui mettent en évidence les disparités observées quant à l'action communautaire dans chacun de ces territoires.

L'Agence finance 424 organismes communautaires offrant des activités et services dans 9 catégories exclusives, soit la perte d'autonomie liée au vieillissement, la déficience physique, la déficience intellectuelle, les familles et jeunes en difficulté, les dépendances, la santé mentale, la santé physique, les populations spécifiques et la violence. Les personnes ciblées nécessitent du soutien dans les problématiques suivantes : condition de vie, développement de jeunes et soutien aux parents, capacités personnelles et soutien social, comportements à risques, maladies chroniques et adaptation sociale. Enfin, les activités et services offerts le sont en sécurité alimentaire, soins palliatifs, soutien matériel, relation d'aide, soutien parental et familial, recrutement de bénévoles, transport, mesures d'aide à domicile, renforcement du tissu social, hébergement et logements supervisés, intégration sociale, accompagnement, assistance et défense des droits et éducation populaire.

En moyenne, chacun des organismes réalise 5 types d'activités différentes, ce qui traduit bien l'approche globale préconisée par ceux-ci.

Avec un budget global de près de 100 M$, les organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie mobilisent plus de 85 000 membres en règle et embauchent plus de 2 500 intervenants,

équivalent temps complet (ETC). De plus, au-delà de 42 000 personnes bénévoles, hommes et femmes, donnent gratuitement de leur temps, représentant 1 500 personnes (ETC).

4. Données financières

Données financières ▶ **Concernant les établissements de la région et les organismes**

4.1 Budget net de fonctionnement - Base comparative avec exercice précédent

Établissements publics

	Budget net de fonctionnement 2004-2005	Budget net de fonctionnement 2003-2004
Centres de santé et de services sociaux		
CSSS Pierre-Boucher	166 775 190 $	0 $
CHSLD du Littoral		10 447 247 $
CLSC Simonne-Monet-Chartrand		8 879 588 $
CLSC Longueuil-Ouest		11 244 297 $
CLSC des Seigneuries		10 966 926 $
Centre hospitalier Pierre-Boucher		82 886 972 $
Centres d'hébergement de Longueuil		31 289 555 $
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	141 873 962 $	0 $
CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts		19 472 287 $
Hôpital du Haut-Richelieu		92 568 412 $
CLSC du Richelieu		10 839 421 $
Centre Rouville		14 388 083 $
CSSS Champlain	45 353 175 $	0 $
CHSLD de la MRC de Champlain		16 988 941 $
CLSC Saint-Hubert		12 450 297 $
CLSC Samuel-de-Champlain		14 279 352 $
CSSS de Sorel-Tracy	68 985 049 $	0 $
CHSLD du Bas-Richelieu		15 788 382 $
Hôtel-Dieu de Sorel		42 172 122 $
CLSC du Havre		8 402 664 $
CSSS du Suroît	85 390 412 $	0 $
Centre hospitalier régional du Suroît		57 334 688 $
CLSC Seigneurie de Beauharnois		10 454 855 $
Centres du Haut St-Laurent		14 323 045 $
CSSS Jardins-Roussillon	103 474 097 $	0 $
Les CHSLD Trèfle d'Or		15 577 221 $
CLSC Châteauguay		9 436 740 $

	Budget net de fonctionnement 2004-2005	Budget net de fonctionnement 2003-2004
Centres de santé et de services sociaux		
CLSC Kateri		10 030 445 $
CLSC Jardin du Québec		5 013 045 $
Centre hospitalier Anna-Laberge		58 288 355 $
CSSS La Pommeraie	52 198 000 $	0 $
CLSC et CHSLD de La Pommeraie		23 637 724 $
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins		26 609 207 $
CSSS Richelieu-Yamaska	146 323 110 $	0 $
CLSC-CHSLD des Patriotes		19 646 947 $
CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton		6 789 888 $
Réseau Santé Richelieu-Yamaska		97 812 022 $
CLSC-CHSLD des Maskoutains		17 163 042 $
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	30 388 726 $	0 $
CHSLD des Trois Rives		16 176 298 $
CLSC La Presqu'île		12 966 108 $
CSSS du Haut-St-Laurent	16 091 263 $	0 $
Hôpital Barrie Memorial		7 944 409 $
Centre hospitalier du comté de Huntingdon		3 093 291 $
CLSC Huntingdon		4 536 331 $
CSSS de la Haute-Yamaska	78 846 619 $	0 $
CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska		21 886 297 $
Centre hospitalier de Granby		54 420 314 $
Total	**935 699 603 $**	**896 204 818 $**
Établissements régionaux		
Hôpital Charles LeMoyne	144 306 449 $	127 226 916 $
Les Centres jeunesse de la Montérégie	100 925 581 $	95 699 726 $
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est	54 670 295 $	52 487 887 $
Centre montérégien de réadaptation	10 944 609 $	9 185 773 $
Les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	32 283 624 $	30 959 335 $
Pavillon Foster	2 459 710 $	2 177 413 $
Institut Nazareth et Louis-Braille	8 934 051 $	8 628 116 $
Le Virage, réadaptation en alcoolisme et toxicomanie	5 825 024 $	5 265 423 $
Total	**360 349 343 $**	**331 630 589 $**
Total des établissements publics	**1 296 048 946 $**	**1 227 835 407 $**

Établissements privés conventionnés

	Budget agréé 2004-2005	Budget agréé 2003-2004
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		
Centre d'hébergement Champlain Rive-Sud	1 657 959 $	1 774 902 $
CHSLD Jean-Louis Lapierre inc.	3 799 975 $	3 634 711 $
Accueil du Rivage inc.	1 452 242 $	1 508 514 $
Florence Groulx inc.	1 880 099 $	1 848 214 $
CA Marcelle-Ferron	8 888 265 $	8 729 157 $
Résidence Sorel-Tracy inc.	3 683 560 $	3 651 800 $
Vigi Santé ltée (Vigi Brossard)	3 717 953 $	3 687 635 $
Centre gériatrique Courville inc.	1 059 280 $	1 067 219 $
Vigi Santé ltée (CHSLD Montérégie)	5 033 919 $	5 012 181 $
Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay	5 053 882 $	5 038 881 $
Centre d'hébergement Champlain-Beloeil	2 781 894 $	2 764 993 $
Total	**39 009 028 $**	**38 718 207 $**

Total régional du budget net de fonctionnement et budget agréé – privés conventionnés	**1 335 057 974 $**	**1 266 553 614 $**

4.2 Surplus ou déficits – Base comparative avec exercice précédent

Établissements publics

	Surplus (déficits) 2004-2005	Surplus (déficits) 2003-2004
Centres de santé et de services sociaux		
CSSS Pierre-Boucher	(3 122 641 $)	0 $
CHSLD du Littoral		(141 092 $)
CLSC Simonne-Monet-Chartrand		150 204 $
CLSC Longueuil-Ouest		(320 591 $)
CLSC des Seigneuries		62 245 $
Centre hospitalier Pierre-Boucher		(6 444 464 $)
Centres d'hébergement de Longueuil		185 936 $
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	(1 099 634 $)	0 $
CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts		0 $
Hôpital du Haut-Richelieu		(2 690 442 $)
CLSC du Richelieu		108 232 $
Centre Rouville		163 218 $
CSSS Champlain	42 564 $	0 $
CHSLD de la MRC de Champlain		630 $
CLSC Samuel-de-Champlain		199 651 $
CLSC Saint-Hubert		17 234 $
CSSS de Sorel-Tracy	(3 406 432 $)	0 $
CHSLD du Bas-Richelieu		47 628 $
Hôtel-Dieu de Sorel		(1 897 819 $)
CLSC du Havre		(196 875 $)
CSSS du Suroît	(836 711 $)	0 $
Centre hospitalier régional du Suroît		(1 568 140 $)
CLSC Seigneurie de Beauharnois		34 941 $
Centres du Haut St-Laurent		0 $
CSSS Jardins-Roussillon	(1 261 830 $)	0 $
CHSLD Trèfle d'Or		0 $
CLSC Châteauguay		96 952 $
CLSC Kateri		0 $
CLSC Jardin du Québec		1 424 $
Centre hospitalier Anna-Laberge		(2 895 359 $)
CSSS La Pommeraie	(1 543 175 $)	0 $
CLSC et CHSLD de La Pommeraie		(27 062 $)

	Surplus (déficits) 2004-2005	Surplus (déficits) 2003-2004
Centres de santé et de services sociaux		
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins		(2 251 483 $)
CSSS Richelieu-Yamaska	(1 373 390 $)	0 $
CLSC-CHSLD des Patriotes		0 $
CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton		188 613 $
Réseau Santé Richelieu-Yamaska		(2 272 436 $)
CLSC-CHSLD des Maskoutains		392 $
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	27 505 $	0 $
CHSLD des Trois Rives		0 $
CLSC La Presqu'île		0 $
CSSS du Haut-St-Laurent	0 $	0 $
Hôpital Barrie Memorial		20 297 $
Centre hospitalier du comté de Huntingdon		4 339 $
CLSC Huntingdon		37 083 $
CSSS de la Haute-Yamaska	(651 098 $)	0 $
CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska		0 $
Centre hospitalier de Granby		(1 979 596 $)
Total	**(13 224 842 $)**	**(21 366 340 $)**
Établissements régionaux		
Hôpital Charles LeMoyne	(4 466 367 $)	(7 582 276 $)
Les Centres jeunesse de la Montérégie	3 321 $	(175 628 $)
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est	0 $	645 $
Centre montérégien de réadaptation	0 $	72 974 $
Les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	22 723 $	172 614 $
Pavillon Foster	19 355 $	13 793 $
Institut Nazareth et Louis-Braille	53 873 $	45 604 $
Le Virage, réadaptation en alcoolisme et toxicomanie	89 801 $	69 836 $
Total	**(4 277 294 $)**	**(7 382 438 $)**
Total des établissements publics	**(17 502 136 $)**	**(28 748 778 $)**

Établissements privés conventionnés

	Surplus (déficits) 2004-2005	Surplus (déficits) 2003-2004
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		
Centre d'hébergement Champlain Rive-Sud	63 432 $	40 476 $
CHSLD Jean-Louis Lapierre inc.	3 109 $	103 692 $
Accueil du Rivage inc.	68 572 $	21 254 $
Florence Groulx inc.	(23 976 $)	35 578 $
CA Marcelle-Ferron	(143 542 $)	69 164 $
Résidence Sorel-Tracy inc.	84 593 $	259 759 $
Vigi Santé ltée (Vigi Brossard)	152 044 $	148 692 $
Centre gériatrique Courville inc.	(343 $)	(19 350 $)
Vigi Santé ltée (CHSLD Montérégie)	157 546 $	184 307 $
Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay	50 417 $	79 122 $
Centre d'hébergement Champlain-Beloeil	(11 225 $)	54 624 $
Total	**400 627 $**	**977 318 $**
Total régional du surplus (déficits)	**(17 101 509 $)**	**(27 771 460 $)**

4.3 Autorisations d'emprunt temporaire accordées aux établissements publics

Au 31 mars 2005, les emprunts temporaires reliés aux dépenses de fonctionnement autorisés par le Ministère sont de 94 490 000 $ et les emprunts temporaires reliés aux dépenses en immobilisations autorisés par l'Agence sont de 12 315 433 $. Le montant réel au 31 mars 2005 est de 76 227 517 $ pour les emprunts temporaires reliés aux dépenses de fonctionnement et de 7 650 372 $ pour les emprunts temporaires reliés aux dépenses en immobilisations.

L'autorisation des emprunts temporaires au titre des dépenses en immobilisations est sous la responsabilité de l'Agence jusqu'à concurrence de 3 % du budget brut de l'établissement concerné et dans la limite du plafond régional de 8 559 000 $. Comme la limite régionale était déjà atteinte, l'Agence a obtenu une dérogation du Ministère pour tous les emprunts autorisés au cours de l'exercice 2004-2005.

4.4 Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) – Organismes communautaires subventionnés

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés s'élève à 367. À noter qu'un organisme communautaire peut être subventionné à deux titres : maintien à domicile et promotion et services à la communauté.

Direction des services administratifs

Mot de la directrice des services administratifs

La Direction des services administratifs a poursuivi son plan d'action de la gestion du changement dans le cadre de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* ainsi que du projet de loi n° 83, loi modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*.

C'est ainsi que l'Agence a revu sa mission, sa vision stratégique et ses valeurs, incluant son plan d'organisation administrative. Le conseil d'administration adoptait ce nouveau plan d'organisation et son implantation progressive au cours du printemps 2005. Ce nouveau plan d'organisation permettra à l'Agence de mieux s'acquitter de ses mandats dans le respect des nouvelles orientations du Ministère.

De plus, conformément à l'article 71 de la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales* et modifiant la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* (2003, c.25), l'Agence a mis en application la *Loi 30* pour sa propre organisation. Cette opération a pour effet de lancer la représentation syndicale qui prévaut actuellement au sein de l'Agence et, par la suite, la négociation des différentes stipulations qui seront désormais négociées et agrées à l'Agence.

Enfin, plusieurs politiques et procédures ont été revues dans une perspective d'amélioration continue de la gestion des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles de l'Agence. Vous trouverez ci-après les états financiers condensés de l'Agence, accompagnés du rapport du Vérificateur général du Québec.

La directrice des services administratifs,

Odette Leduc

Odette Leduc

Rapport de la Direction

Les états financiers de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie ont été dressés par la Direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la Direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la Direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la Direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Luc Boileau
Président-directeur général

Odette Leduc
Directrice des services administratifs

Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie au 31 mars 2005 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 3 juin 2005. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la Direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à la section II.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le Vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance

Renaud Lachance, CA
Québec, le 16 août 2005

États financiers de l'Agence

FONDS D'EXPLOITATION

ÉTAT DES RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2005

PRODUITS	2005	2004
Subventions du MSSS	20 512 599 $	20 741 300 $
Revenus d'intérêts	59 237	40 416
Autres	4 370 636	3 930 584
	24 942 472 $	24 712 300 $
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	14 811 846 $	14 205 231 $
Charges sociales	1 490 967	1 460 458
Frais de déplacement et d'inscripti	464 790	302 458
Services achetés	1 570 884	1 229 877
Communications	624 394	594 381
Loyer	3 673 077	3 713 770
Location d'équipements	65 742	50 795
Fournitures de bureau	892 934	890 287
Autres	1 798 197	1 931 309
Transfert de frais généraux	(877 427)	-
Immobilisations	194 187	269 699
	24 709 591 $	24 648 265 $
Excédent de l'exercice	**232 881 $**	**64 035 $**

BILAN

Au 31 mars 2005

ACTIF	2005	2004
Encaisse	442 456 $	1 548 165 $
Débiteurs MSSS	489 466	434 428
Débiteurs établissements	191 733	353 634
Débiteurs autres	1 380 051	939 850
Charges payées d'avance	271 558	46 187
	2 775 264 $	**3 322 264 $**
PASSIF		
Créditeurs et charges à payer	1 312 404 $	2 157 358 $
Revenus reportés	657 601	622 973
	1 970 005 $	2 780 331 $
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	**541 933 $**	**429 486 $**
Régularisations analyse financière	-	6 083
Régularisations- autres	-	21 055
Radiation de C/P	-	88 570
Radiation de C/R	-	(61 000)
Subv. MSSS exerc. antérieurs	34 840	-
Autres	(4 395)	(6 296)
Excédent de l'exercice	232 881	64 035
Solde à la fin	805 259 $	541 933 $
	2 775 264 $	**3 322 264 $**

FONDS DES IMMOBILISATIONS

ÉTAT DU SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2005

	2005	2004
Solde créditeur au début	4 655 338 $	9 136 896 $
ADDITIONS		
Contribution du fonds d'exploitati	194 187 $	269 699 $
Contribution des autres fonds	227 198	171 484
Transfert d'immobilisations	1 220 804	-
Autres	142 526	55 800
	1 784 715 $	496 983 $
DÉDUCTIONS		
Radiation d'immobilisations	235 461 $	3 625 781 $
Autres	57 484	1 352 760
	292 945 $	4 978 541 $
	1 491 770 $	**(4 481 558) $**
Solde créditeur à la fin	**6 147 108 $**	**4 655 338 $**

BILAN

Au 31 mars 2005

ACTIF	2005	2004
Immobilisations	6 147 108 $	4 730 304 $
	6 147 108 $	**4 730 304 $**
PASSIF		
Emprunt de banque	- $	74 966 $
SOLDE DU FONDS	6 147 108 $	4 655 338 $
	6 147 108 $	**4 730 304 $**

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

ÉTAT DES RÉSULTATS
Exercice terminé le 31 mars 2005

	2005	2004
PRODUITS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	4 584 520 $	2 256 298 $
Contributions d'établissements	765 419	2 173 582
Revenus d'intérêts	35 389	-
Autres	2 312 431	2 334 958
	7 697 759 $	6 764 838 $
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	3 744 386 $	3 090 119 $
Charges sociales	382 216	319 983
Frais de déplacement et d'inscription	191 434	95 823
Services achetés	1 691 451	849 176
Communications	52 036	64 345
Fournitures de bureau	198 078	114 081
Location d'équipements	84 469	49 213
Autres	440 110	1 073 695
Transfert de frais généraux	877 427	-
Immobilisations	201 338	107 925
	7 862 945 $	5 764 360 $
(Déficit) excédent de l'exercice	(165 186) $	1 000 478 $

BILAN
Au 31 mars 2005

	2005	2004
ACTIF		
Encaisse	511 270 $	439 675 $
Débiteurs	1 140 888	1 354 328
Charges payées d'avance	19 054	7 651
Immobilisations	-	1 220 804
	1 671 212 $	3 022 458 $
PASSIF		
Créditeurs et charges à payer	496 932 $	688 525 $
Revenus reportés	148 668	-
	645 600 $	688 525 $
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	2 333 933 $	1 439 988 $
Subv MSSS ex. antérieurs	77 669	-
Immobilisations	-	107 925
Transfert d'immobilisations	(1 220 804)	100 444
Radiation d'immobilisations	-	(318 946)
Autres	-	4 044
(Déficit) excédent de l'exercice	(165 186)	1 000 478
Solde à la fin	1 025 612 $	2 333 933 $
	1 671 212 $	3 022 458 $

CUMULATIF DES AUTRES FONDS GÉRÉS
Exercice terminé le 31 mars 2005

	2005	2004
ACTIF		
Encaisse	7 370 900 $	731 145 $
Débiteurs MSSS	38 171 600	41 017 380
Débiteurs MSSS - intérêts sur emprunts	211 782	291 193
Débiteurs établissements	6 545	54 929
Débiteurs autres	25 069 004	20 751 613
ACTIF À LONG TERME	132 847 826	147 552 835
	203 677 657 $	**210 399 095 $**
PASSIF		
Emprunts de banque	25 018 826 $	19 480 003 $
Intérêts sur emprunts à payer	255 450	291 193
Créditeurs établissements	30 114 321	37 912 174
Créditeurs organismes	-	63 149
Créditeurs et charges à payer	519 520	2 277 647
Subventions reportées	97 368	2 564
DETTE À LONG TERME	132 847 826	147 552 835
	188 853 311 $	**207 579 565 $**
SOLDE DU FONDS AU DEBUT	**2 819 530 $**	**16 388 645 $**
PRODUITS		
Subventions du MSSS	65 681 981 $	59 503 503 $
Subventions du MSSS - Intérêts sur emprunts	9 414 225	10 397 068
Revenus d'intérêt	24 475	139 268
Autres	17 793 185	17 667 845
	92 913 866 $	**87 707 684 $**
CHARGES		
Attributions - établissements	24 606 136 $	46 621 545 $
Attributions - organismes	34 807	477 033
Intérêts sur emprunts	9 414 225	10 397 068
Contributions au fonds d'exploitation	297 029	62 240
Salaires	117 728	1 237 269
Avantages sociaux	29 418	281 482
Charges sociales	15 771	160 410
Frais de déplacement et d'inscription	7 818	56 088
Services achetés	264 804	1 441 799
Location d'équipements	-	19 078
Fournitures de bureau	92 388	146 337
Autres charges d'exploitation	5 067 387	1 619 323
Dépenses en immobilisations	25 860	171 484
Autres	40 935 679	38 585 643
	80 909 050 $	**101 276 799 $**
SOLDE DU FONDS À LA FIN	**14 824 346 $**	**2 819 530 $**
	203 677 657 $	**210 399 095 $**

DÉTAIL DE CERTAINS FONDS GÉRÉS

Exercice terminé le 31 mars 2005

	FONDS DES IMMOBILISATIONS		FONDS DES ÉQUIPEMENTS	
	2005	2004	2005	2004
ACTIF				
Encaisse	499 $	- $	7 254 146 $	223 017 $
Débiteurs MSSS	26 828 330	12 559 508	10 176 140	26 761 137
Débiteurs MSSS - intérêts sur emprunts	25 869	52 952	185 913	229 362
Débiteurs établissements	-	-	-	8 223
Débiteurs autres	3 654 200	3 608 668	21 364 626	15 453 111
Autres				
ACTIF À LONG TERME	-	-	132 847 826	147 552 835
	30 508 898 $	**16 221 128 $**	**171 828 651 $**	**190 227 685 $**
PASSIF				
Découvert de banque	- $	- $	- $	- $
Emprunts de banque	3 654 200	3 608 668	21 364 626	15 443 221
Intérêts sur emprunts à payer	38 763	52 952	216 687	229 362
Créditeurs établissements	17 109 758	12 376 681	12 852 168	24 954 187
Créditeurs organismes	-	-	-	-
Créditeurs et charges à payer	120 761	12 637	29 684	58 037
Subventions reportées	-	-	-	-
DETTE À LONG TERME	-	-	132 847 826	147 552 835
	20 923 482 $	**16 050 938 $**	**167 310 991 $**	**188 237 642 $**
SOLDE DU FONDS AU DÉBUT	**170 190 $**	**1 328 075 $**	**1 990 043 $**	**8 513 536 $**
PRODUITS				
Subventions du MSSS	21 040 516 $	8 560 099 $	15 357 717 $	28 162 829 $
Subventions du MSSS - Intérêts sur emprunts	74 790	143 259	9 334 023	10 244 923
Revenus d'intérêt	-	-	-	-
Autres	-	17 385	-	11 686
	21 115 306 $	**8 720 743 $**	**24 691 740 $**	**38 419 438 $**
CHARGES				
Attributions - établissements	11 328 261 $	9 396 637 $	12 789 362 $	33 155 981 $
Attributions - organismes	-	-	-	-
Intérêts sur emprunts	74 790	143 259	9 334 023	10 244 923
Contributions au fonds d'exploitation	297 029	-	-	-
Salaires	-	-	-	197 288
Avantages sociaux	-	-	-	33 956
Charges sociales	-	-	-	22 987
Frais de déplacement et d'inscription	-	72	-	14 862
Services achetés	-	46 646	-	365 285
Location d'équipements	-	-	-	-
Fournitures de bureau	-	-	478	3 062
Autres charges d'exploitation	-	14	20 495	221 890
Dépenses d'immobilisations	-	-	19 765	129 976
Autres	-	292 000	-	552 721
	11 700 080 $	**9 878 628 $**	**22 164 123 $**	**44 942 931 $**
SOLDE DU FONDS À LA FIN	**9 585 416 $**	**170 190 $**	**4 517 660 $**	**1 990 043 $**
	30 508 898 $	**16 221 128 $**	**171 828 651 $**	**190 227 685 $**

DÉTAIL DE CERTAINS FONDS GÉRÉS

Exercice terminé le 31 mars 2005

	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	
	2005	**2004**
ACTIF		
Encaisse	- $	- $
Débiteurs MSSS	813 738	1 135 050
Débiteurs établissements	6 545	9 665
Débiteurs autres	49 547	1 148 439
ACTIF À LONG TERME	-	-
	869 830 $	**2 293 154 $**
PASSIF		
Découvert de banque	265 367 $	511 914 $
Créditeurs établissements	152 395	-
Créditeurs et charges à payer	254 136	1 778 676
Subventions reportées	97 368	2 564
DETTE À LONG TERME	-	-
	769 266 $	**2 293 154 $**
SOLDE DU FONDS AU DÉBUT	-	-
PRODUITS		
Subventions du MSSS	23 641 036 $	20 717 414 $
SAAQ	4 711 468	4 565 376
Revenus autonomes	12 971 695	12 302 881
Autres	79 054	468 096
	41 403 253 $	**38 053 767 $**
CHARGES		
Contrats minimaux de services d'ambulance	36 700 232 $	37 519 353 $
Éléments rectifiables	648 306	-
Centre de communication santé	3 128 250	-
Formation et assurance qualité	179 225	-
Participation et allocation de retraite	199 500	-
Attributions - établissements	2 475	-
Contributions au fonds d'exploitation	-	39 600
Ajustements des années antérieures	1 521	-
Premiers répondants	36 586	-
Déplacement des usagers	42 059	-
Charges d'exploitation	360 182	494 814
Dépenses d'immobilisations	4 353	-
	41 302 689 $	**38 053 767 $**
SOLDE DU FONDS À LA FIN	**100 564 $**	**- $**
	869 830 $	**2 293 154 $**

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

Exercice terminé le 31 mars 2005

	2005	2004
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R, excluant le montant engagé en fonds affectés	1 400 234 647 $	1 332 484 722 $
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	28 514 791	20 318 346
Montant de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R	1 428 749 438 $	1 352 803 068 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	1 335 258 042 $	1 266 903 869 $
Allocations aux organismes communautaires	48 314 940	43 932 688
Estimé des comptes à payer pourvus en fin d'exercice	10 437 278	8 916 108
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	1 394 010 260 $	1 319 752 665 $
Fonds affectés : Montant attribué	28 417 423	20 318 346
Fonds affectés : Montant reporté	97 368	-
Autres	6 224 387	12 732 057
Total des affectations	1 428 749 438 $	1 352 803 068 $

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2005

NOTE 1 – CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie a été constituée le 30 janvier 2004 en vertu de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. A-8.1). Elle a principalement pour objet de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.

NOTE 2 – CONVENTIONS COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la Direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le rapport financier annuel comprend des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations de la Direction de l'Agence. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement au solde du fonds acquéreur;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputé à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, dans certaines situations, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire). Il en est ainsi pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;

vii) Aucun bilan, état des résultats et/où solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

ix) Les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003 sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés, n'est pas présentée;

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2005

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;
ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;
iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;
iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les renseignements sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 4.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2005

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifique identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;
ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestation déterminée gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas de renseignements suffisants pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 3 – MODIFICATION DE CONVENTION COMPTABLE

À compter du présent exercice, l'Agence capitalise les acquisitions d'immobilisations du fonds des activités régionalisées au fonds d'immobilisations.

Cette modification appliquée de façon prospective a pour effet d'augmenter de 1 220 804 $ les immobilisations et le solde de fonds au 31 mars 2005 du fonds d'immobilisations. De même, les immobilisations et le solde de fonds du fonds des activités régionalisées ont diminué de ce montant au 31 mars 2005.

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2005

NOTE 4 - FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

Fonds d'exploitation	2005	2004
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	187 722 $	176 014 $
Fonds d'activités régionalisées		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	139 488 $	104 060 $
Fonds d'immobilisations		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	24 543 $	158 665 $

NOTE 5 – PROVISION POUR VACANCES, CONGÉS DE MALADIE, HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les sommes à payer au 31 mars 2005 au regard des banques de vacances, congés de maladie et heures supplémentaires cumulées ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2005	2004
Vacances	1 632 691 $	1 616 091 $
Congés de maladie	172 448	174 228
Heures supplémentaires	109 978	114 684
	1 915 117 $	1 905 003 $

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2005

NOTE 6 – ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 mars 2015 pour des locaux administratifs et d'autres biens. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2005 s'élève à 3 673 077 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2006	3 912 159 $
2007	3 538 912
2008	3 420 060
2009	3 413 452
2010	3 385 940
2011 et subséquemment	13 835 698
	31 506 221 $

NOTE 7 – ÉVENTUALITÉS

Les conventions collectives des employés du secteur public sont arrivées à échéance le 30 juin 2003. De plus, le 9 janvier 2004, la Cour supérieure a prononcé un jugement dans le dossier de l'équité salariale. Le 15 juin 2004, le gouvernement a rendu public le cadre budgétaire de sa politique de rémunération qui limite le redressement de la rémunération dans l'ensemble des secteurs public et parapublic à 12,6 % sur une période de six ans, soit du 1er avril 2004 au 31 mars 2010. Ce cadre budgétaire couvre le renouvellement des ententes avec les employés syndiqués, les cadres et les professionnels de la santé ainsi que le dossier de l'équité salariale. Le gouvernement est présentement en pourparlers avec les différentes associations, de sorte que l'impact monétaire demeure indéterminé pour l'Agence.

L'Agence fait l'objet d'une poursuite conjointe avec le Curateur public du Québec et d'autres établissements pour une action en dommages de l'ordre de 4 850 000 $. De l'avis de l'Agence, il est peu probable que celle-ci soit condamnée, compte tenu des allégations, à payer quelque montant que ce soit. D'autre part, si les tribunaux en décidaient autrement, le « Regroupement des programmes d'assurances du réseau de la santé et des services sociaux », en sa qualité d'assureur, assumerait les coûts du jugement.

L'Agence fait l'objet d'une poursuite de la part d'un Centre privé conventionné, le Groupe Champlain de la Ville de Châteauguay pour un montant de l'ordre de 192 623 $. Ce montant représente la taxe sur les immeubles non résidentiels payée à la Ville de Châteauguay par le Groupe Champlain de 1999 à 2004. Selon le Groupe Champlain, l'Agence devrait financer cette taxe en vertu de l'article 3.1.7.7 de l'entente cadre avec les établissements privés conventionnés. Le dénouement de ce litige est indéterminable.

Compte tenu de l'incertitude que représente le règlement de ces litiges, aucune provision n'a été comptabilisée au 31 mars 2005.

5. Code d'éthique et de déontologie

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Montérégie

Code d'éthique et de déontologie

Titre : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie	Page: 1 de 10
Références : Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-42) Loi sur l'Administration publique (L.R.Q., c.A-6.01) Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c.M-30)	En vigueur le : 27 mars 2003
Résolution : RCA-03-03-16-19	
Remplace : Le code d'éthique	Numéro : 2003-01

1. CONTEXTE

La situation économique et sociale des dernières années a eu, entre autres, comme répercussion de créer une rareté des ressources, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux, de sorte qu'il faut maintenant composer avec cette réalité dans la gestion de l'administration publique.

Pour contrer cette situation, le gouvernement et les organismes publics ont instauré une ère de modernisation dans les façons de faire, liées à des objectifs tels que la performance, l'efficience et l'imputabilité.

D'autre part, cette rareté des ressources a fait en sorte que la population est maintenant plus « sensible » à nos choix, à nos actions et à notre manière de gérer.

C'est pourquoi le législateur, tout en donnant aux administrateurs publics une plus grande liberté d'action (*Loi sur l'administration publique*), leur impose un nouveau critère en matière de reddition de comptes : **l'éthique**. Non seulement les administrateurs publics doivent-ils se donner un code d'éthique qui régisse leurs décisions et leurs actions, mais ils devront également en informer la population par le biais du rapport annuel de l'organisme.

Dans le contexte de la mission et des responsabilités de la Régie régionale de la Montérégie, **le présent code d'éthique doit refléter les valeurs de notre organisme et doit être considéré comme un moyen privilégié de renforcer et de maintenir le lien de confiance des citoyens et de nos partenaires envers notre administration par des actions visant l'intérêt de la population de notre territoire et basées sur l'intégrité, l'impartialité et la transparence**.

2. OBJECTIFS

Le présent document établit le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

2.1 Les principes et les règles contenus dans ce code visent à promouvoir auprès des membres du conseil d'administration des principes d'intégrité, d'objectivité, d'impartialité et de transparence dans l'exercice de leurs fonctions et aussi à préserver et à maximiser leur capacité d'agir et de gérer, dans l'intérêt de la population de la Montérégie et de la mission de la Régie régionale.

2.2 Il vise également à maintenir et à renforcer la confiance de la population de la Montérégie, des partenaires de la Régie régionale et des instances gouvernementales, quant à la capacité de la Régie de bien gérer les ressources qui lui sont confiées.

2.3 Le présent code d'éthique et de déontologie n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur mais plutôt de les soutenir et les renforcer.

3. CADRE LÉGAL

Les éléments contenus dans le présent code d'éthique et de déontologie sont issus des prescriptions des lois, règlement et décret suivants :

- *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q.,c.S-4.2)
- *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30)
- Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (issu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif)
- Décret 824-98.

4. CHAMP D'APPLICATION

4.1 Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la Montérégie et de ses comités.

4.2 Il s'applique également au président-directeur général de la Régie régionale à titre de membre du conseil d'administration, nonobstant le fait qu'il peut également être régi par des normes d'éthique ou de déontologie qui pourraient autrement lui être applicables au titre d'administrateur public à plein temps.

5. DÉFINITIONS

- « **Éthique** » : Code moral qui dirige la conduite à suivre dans la réflexion, l'orientation et l'action, selon des normes et des valeurs qui sous-tendent l'action de l'organisation et ses principes généraux de gestion.
- « **Déontologie** » : Devoirs et obligations des administrateurs publics (cf. art. 35, Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics).
- « **Administrateurs publics** » : Les membres du conseil d'administration, incluant le président-directeur général.
- « **Conflit d'intérêt** » : Situation réelle, apparente ou potentielle où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective et impartiale de ses responsabilités.
- « **Régie régionale** », « **La Régie** » : La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- « **Loi** » : *Loi sur le ministère du Conseil exécutif.*
- « **Règlement** » : Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.
- « **Code** » : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la Montérégie.

6. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

Les principes d'éthique tiennent compte de la mission de l'organisme, des valeurs qui sous-tendent son action et de ses principes généraux de gestion.

6.1 En conséquence, les membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la Montérégie doivent, dans le cadre de leur mandat, contribuer à la réalisation de la mission de l'État et de la Régie régionale, qui est de contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population de la Montérégie. De plus, ils doivent contribuer à la bonne administration des biens qui leur sont confiés.

6.2 Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés.

6.3 Leur contribution doit être faite dans le respect du droit, des personnes, des instances, avec honnêteté et intégrité, avec prudence et discrétion, avec loyauté et en évitant toute situation de conflit d'intérêt. En cas de doute, ils doivent agir dans l'esprit des principes et règles de la loi et du règlement.

7. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Les règles de déontologie portent sur les devoirs et obligations des administrateurs publics.

7.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil d'administration.

Dans l'exercice de leurs fonctions, les membres du conseil d'administration sont soumis aux règles suivantes.

7.2 Respect

7.2.1 Les membres démontrent une attitude respectueuse et objective du droit, des personnes, des instances, de la liberté d'expression et d'argumentation, sans aucun préjugé, sans discrimination et sans préférence.

7.2.2 Les membres doivent respecter les règlements, politiques et procédures en vigueur à la Régie régionale de la Montérégie.

7.3 **Honnêteté et intégrité**

7.3.1 Les membres doivent agir avec honnêteté et intégrité. Ils doivent exercer leurs fonctions avec diligence, efficacité, assiduité de manière à ne pas retarder indûment ou nuire aux travaux du conseil d'administration.

7.3.2 Les membres doivent éviter toute situation de corruption et de fraude et n'accepter aucune faveur ou avantage autant pour eux-mêmes que pour une autre personne.

7.3.3 Les membres ne doivent pas confondre les biens de l'organisme avec les leurs et ne peuvent les utiliser à leur profit ou à celui d'autres personnes.

7.3.4 Les membres doivent prendre des décisions indépendantes de toute considération politique partisane.

7.3.5 Les membres ne doivent pas, dans leurs prises de décision, se laisser influencer par des offres d'emploi réelles ou potentielles.

7.3.6 Les membres qui ont cessé d'exercer leurs fonctions doivent se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de leurs fonctions antérieures au sein du conseil d'administration.

7.4 Discrétion et prudence

7.4.1 Les membres sont tenus à la discrétion et à la confidentialité sur les renseignements auxquels ils ont accès dans le cadre de leurs fonctions.

7.4.2 Les membres qui ont cessé d'exercer leurs fonctions au sein du conseil d'administration doivent respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, discussion auxquels ils ont participé et qui avaient un caractère confidentiel.

7.4.3 Le président du conseil d'administration et le président-directeur général de la Régie régionale doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

7.4.4 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général de la Régie régionale qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions et en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

7.5 Loyauté

Les membres doivent être prudents dans leurs confidences, leurs déclarations et leurs comportements afin d'éviter de discréditer la Régie régionale ou le conseil d'administration ou de nuire à leur bon fonctionnement.

7.6 Conflit d'intérêt

7.6.1 Les membres doivent éviter de se placer en situation réelle, apparente ou potentielle de conflit d'intérêts susceptible de compromettre l'indépendance et l'impartialité nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

7.6.2 Les membres doivent dénoncer à l'organisme tout intérêt direct ou indirect qu'ils ont dans une entreprise susceptible de les mettre en conflit entre leurs intérêts personnels et ceux du conseil d'administration ou de la Régie régionale.

7.6.3 Les membres doivent s'abstenir de siéger ou de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle ils ont des intérêts directs ou indirects.

7.6.4 Cependant, le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans l'article précédent ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale.

7.6.5 Les membres ne doivent pas utiliser ou communiquer à un tiers une information privilégiée obtenue dans l'exercice de leurs fonctions dans le but d'en retirer un avantage.

7.6.6 Les membres ne doivent pas user indûment de leur influence ou de leur pouvoir, de par leur situation au sein du conseil d'administration.

7.6.7 Toute personne qui est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la loi, au règlement ou au présent code doit en saisir le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

8. RÉMUNÉRATION

8.1 Les membres du conseil d'administration ne reçoivent aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions.

9. MÉCANISMES D'APPLICATION

9.1 Dès leur entrée en fonction, les membres du conseil d'administration nommés ou désignés doivent s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I du présent document (engagement personnel).

9.2 Dès leur entrée en fonction, les membres du conseil d'administration nommés ou désignés, doivent déclarer leurs intérêts en complétant, en signant et en remettant l'annexe II du présent document (déclaration des intérêts). Cette déclaration doit être amendée si un élément nouveau doit y être ajouté ou retranché.

9.3 En vertu de l'article 19 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le président du conseil d'administration a la responsabilité de s'assurer que les principes d'éthique et les règles de déontologie sont respectés en assurant la « surveillance » des prescriptions qui y sont contenues.

9.4 Le président du conseil d'administration doit également décider, s'il y a, à son avis, manquement de la part d'un des membres du conseil qui pourrait entraîner une sanction disciplinaire.

9.5 Toutefois, le président du conseil d'administration peut décider de former un comité ad hoc qui aurait pour mandat d'examiner et d'analyser une plainte formulée à l'encontre d'un membre du conseil d'administration afin d'en arriver à une décision plus éclairée.

9.6 Cependant, ce comité ne serait que consultatif et ne dispenserait aucunement le président de son obligation de prendre la décision finale à savoir si le manquement signalé est fondé ou non.

9.7 Si le président du conseil d'administration juge qu'il y a effectivement eu manquement au code, il doit en aviser le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs. C'est ce dernier qui décidera des suites disciplinaires à donner.

10. SANCTION

10.1 Sur conclusion qu'un membre du conseil d'administration a contrevenu à la loi, au règlement et au présent code, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif est l'autorité compétente pour imposer une sanction.

10.2 La sanction qui peut être imposée est la réprimande, la suspension ou la révocation.

10.3 Toute sanction imposée à un membre de conseil d'administration de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

11. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration.

ANNEXE I

ENGAGEMENT PERSONNEL

Je, _____, membre du conseil d'administration, ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Ayant compris le sens et la portée de ce code, je m'engage à en respecter toutes les dispositions, pendant et après l'exercice de mon mandat.

_____
Signature

_____
Date

ANNEXE II

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Je, soussigné/e, _____, membre du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, m'engage sans limite de temps, pendant et après mon mandat, à conserver la plus stricte confidentialité concernant les renseignements personnels ou confidentiels auxquels j'ai accès dans l'exécution de mes fonctions, à ne pas conserver, divulguer ou communiquer de quelque façon que ce soit, à quiconque, toute information relative directement ou indirectement à ces renseignements personnels ou confidentiels et à n'utiliser ces renseignements que dans le cadre du mandat confié.

_____
Signature

_____
Date

ANNEXE III

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

Je, _____, déclare les intérêts suivants dans une entreprise et qui sont susceptibles de me placer en situation de conflit direct ou indirect entre mon intérêt et celui de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Description de la nature et, le cas échéant, la valeur de mes intérêts directs ou indirects dans une entreprise, susceptible de me placer dans une situation de conflit d'intérêts :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

De plus je m'engage à amender la présente déclaration si des éléments nouveaux devaient y être ajoutés.

Enfin, je m'engage à m'abstenir de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle j'ai directement ou indirectement des intérêts.

_____
Signature

_____
Date

Bibliographie

- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-42).
- Loi sur l'Administration publique (L.R.Q., c.A-6.01).
- Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c.M-30).
- Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.0.1).
- Règlement de régie interne de la Régie régionale de la Montérégie (R-2002-05).
- Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration de la Régie régionale de l'Outaouais.
- Code d'éthique de la Régie régionale de la Montérégie en matière de conflit d'intérêts et d'exclusivité de fonctions (2001-06).
- Rapport annuel 2001-2002 de la Régie régionale de la Montérégie.
- Décret 824-98.

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : (450) 928-6777
Télécopieur : (450) 679-6443
Site Internet : www.rrsss16.gouv.qc.ca

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montérégie